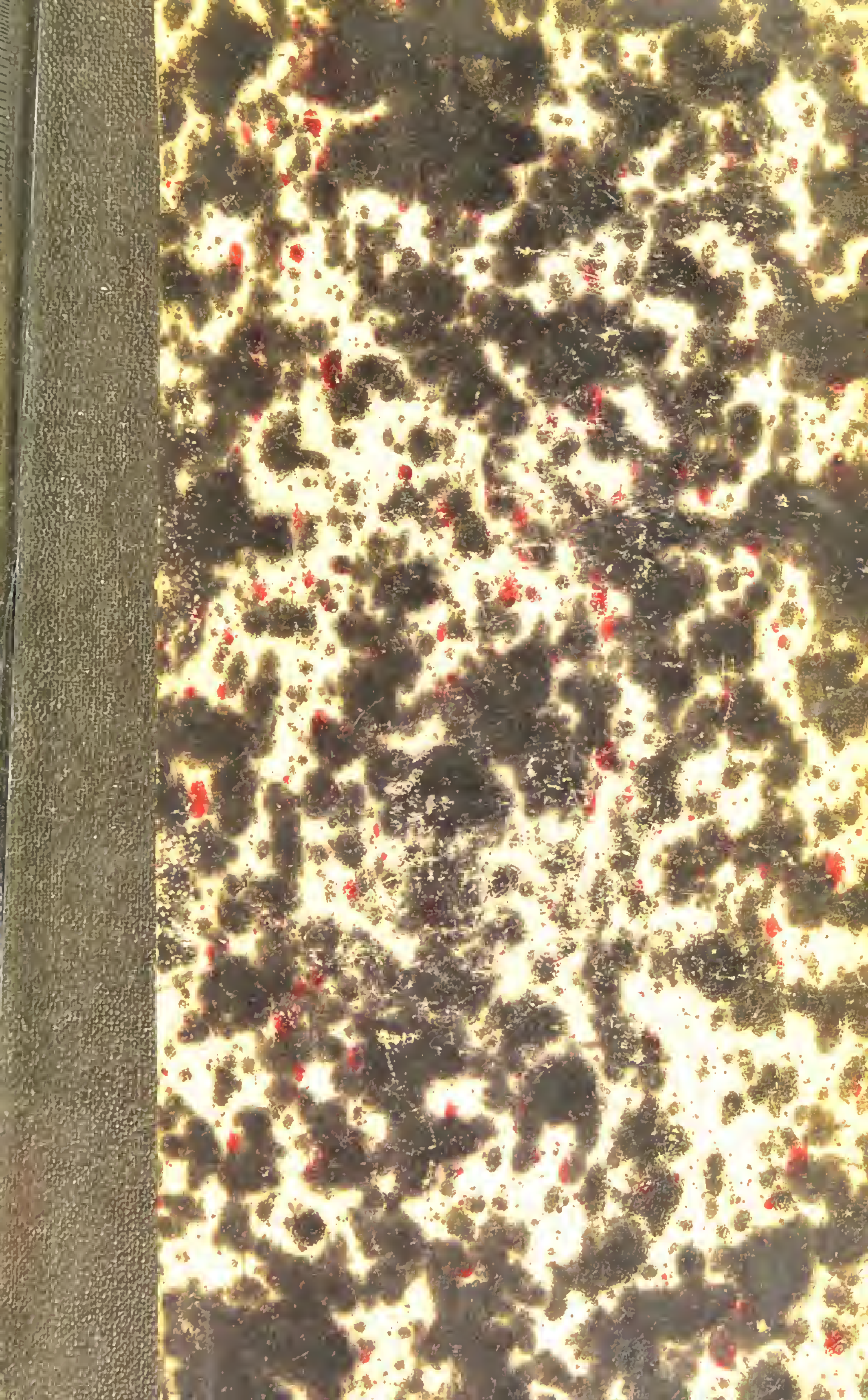
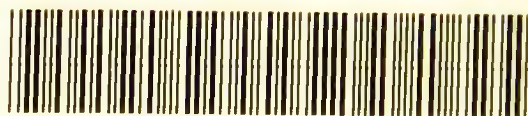



22501473367

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MEDICALES

1882

OUVRAGES DE L'AUTEUR

QUI SE TROUVENT A LA MÊME LIBRAIRIE

GARNIER. **Dictionnaire annuel des sciences et institutions médicales**, suite et complément de tous les dictionnaires précédé d'une introduction par le docteur Amédée Latour 1 vol. in-18 de 500 pages. 1re année, 1864. 5 fr

— 2e année, 1 vol. de 759 pages, 1865. 6 fr.
— 3e année, 1 vol. de 524 pages, 1866. 6 fr.
— 4e année, 1 vol. de 550 pages, 1867. 6 fr.
— 5e année, 1 vol. de 528 pages, 1868. 6 fr.
— 6e année, 1 vol. de 528 pages, 1869. 6 fr.
— 7e année, 1 vol. de 696 pages, 1870-1871. 7 fr.
— 8e année, 1 vol. de 488 pages, 1872. 7 fr.
— 9e année, 1 vol. de 524 pages, 1873. 7 fr.
— 10e année, 1 vol. de 580 pages, 1874. 7 fr.
— 11e année, 1 vol. de 588 pages, 1875. 8 fr
— 12e année, 1 vol. de 521 pages, 1876. 7 fr
— 13e année, 1 vol. de 585 pages, 1877. 7 fr
— 14e année, 1 vol. de 466 pages, 1878. 7 fr.
— 15e année, 1 vol. de 576 pages, 1879. 7 fr
— 16e année, 1 vol. de 632 pages, 1880. 7 fr
— 17e année, 1 vol. de 624 pages, 1881. 7 fr

Voyage médical en Californie. Paris, 1854. 1 fr

Le climat de Madère et son influence sur la phthisie pulmonaire, du professeur F.-A. Barral. 1 vol. in-8 de 320 pages traduit du portugais. Paris, 1858. 4 fr

Itinéraire de Paris à Madère. 16 pages grand in-8, avec planche Paris, 1859.
Donné avec l'ouvrage précédent.
— Séparément. 50 c

Anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune qui a régné à Lisbonne en 1857, par M. Alvarenga, traduit du portugais. 1 vol. in-8 de 212 pages. Paris, 1861. 3 fr

N. B. Tous les auteurs, français et étrangers, qui enverront un exemplaire *franco* de leurs ouvrages de l'année courante à l'adresse du docteur Garnier, soit rue de Clichy, 61, soit à la librairie Germer Baillière, en auront une bibliographie dans le Dictionnaire. Ceux venant de l'étranger avec un affranchissement incomplet seront refusés.

Coulommiers, — Imprimerie Paul BRODARD.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

SUITE ET COMPLÉMENT DE TOUS LES DICTIONNAIRES

PAR

M. P. GARNIER

Médecin de l'asile de Bon-Secours, Chevalier de l'ordre du Christ de Portugal
Ancien rédacteur en chef de la *Santé publique*.





Dix-huitième année, 1882

PARIS

LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

Au coin de la rue Hautefeuille.

1883

INTRODUCTION

I

Des microbes! toujours et partout des microbes!! Rien que des microbes!!! est l'épigraphe qui convient bien à cette année médicale, la plus féconde en investigations de tout genre sur ces infiniment petits. Tous les principaux efforts des médecins, les jeunes surtout, sont maintenant dirigés et concentrés sur ce sujet par des recherches actives, des cultures, des inoculations, des expériences. On en découvre sans cesse de nouveaux sur l'homme et les animaux, et la présence des anciens est confirmée et corroborée en en précisant les caractères. Ceux de la fièvre typhoïde, des fièvres paludéennes et de la fièvre jaune ont ainsi été revus, corrigés et augmentés, absolument comme certains livres. Keating a confirmé celui de la rougeole, et le microbe du cowpox a été rencontré dans les pustules vaccinales du veau aux diverses périodes de son évolution. Des organismes ont aussi été constatés dans le sang des malades atteints d'oreillons, dans la pneumonie croupale, par Friedlander; il n'est pas jusqu'au microbe rabique que l'on persiste à localiser dans le système

nerveux, et cette étiologie parasitique des maladies est en si grande vogue qu'un médecin égyptien l'a étendue, sans rire, jusqu'aux calculs. Annonçons enfin que le passage de la bactéridie charbonneuse du sang de la mère au fœtus, nié jusqu'ici, vient d'être constaté par les collaborateurs de M. Pasteur, et que la transmission de la morve, par les liquides de culture de son microbe, a été obtenue authentiquement. On serait même parvenu, par ce procédé, à produire expérimentalement l'érysipèle en Allemagne. Autant de confirmations éclatantes de la nature parasitaire et infectieuse de ces maladies.

La liste des microbes pathogéniques s'accroît ainsi tous les jours. Sa longueur permet déjà d'affirmer la doctrine parasitaire des maladies, et les succès dans cette recherche de la petite bête sont assez fréquents pour attribuer exclusivement leur absence au défaut de la technique ou du réactif employés pour la déceler. On en trouve la preuve dans ceux qui ont servi à mettre en évidence la nouvelle bactérie tuberculeuse après l'insuccès de tant d'autres essais. Les microbes de la syphilis, constatés par Birch Hirschfeld en Allemagne et transmis soi-disant au cochon et au singe en France, pourraient aussi être invoqués à l'appui, si des réserves formelles n'étaient à faire plus loin sur leur identité.

Toutes ces découvertes imperceptibles, en reposant sur des interprétations systématiques plutôt que des réalités évidentes, ne sont pas en effet sans conteste. Elles ne se démontrent jusqu'ici que par leurs résultats sur les animaux, qui en sont la base exclusive, et les variations extrêmes, les irrégularités, les changements et les contradictions de ces résultats ne sont pas de nature à inspirer une confiance absolue dans leurs

applications à l'homme. Le charbon étant la base la plus solide et pratique de cette doctrine ne peut même servir à la généraliser, puisqu'il n'est pas également possible de le prévenir par l'inoculation vaccinale chez les divers animaux susceptibles de le contracter. La récente statistique des 85 000 bœufs et moutons vaccinés préventivement en Normandie, promulguée par M. Pasteur à l'Académie des sciences, n'est donc pas une garantie que la pustule maligne, l'œdème charbonneux ni la septicémie de l'homme en sont également justiciables.

Au contraire, la bactéridie septicémique, l'une des premières incriminées en Allemagne sous le nom de *Sepsin*, s'y trouve actuellement en discrédit. Au lieu d'être primitive, sa présence ne serait que secondaire, d'après les expériences de Rosenberger confirmant l'observation de Rossbach : qu'elle est engendrée par les organismes en permanence dans les liquides du corps humain. Steinberg a réussi à faire éclore la septicémie chez le lapin en lui inoculant sa propre salive, quoique jouissant de la plus parfaite santé.

Le vaccin jennérien n'est pas susceptible, heureusement, de ces variations et ces mécomptes, comme le prouve la découverte faite cette année d'un nouveau cowpox spontané, ayant parfaitement réussi.

L'application de ces découvertes et de ces expériences aux maladies de l'homme semble donc un vrai leurre, d'autant plus que le grand initiateur de cette méthode et ses adeptes persistent à instrumenter exclusivement sur les animaux, comme le prouvent les dernières communications sur le rouget du porc et la rage canine. L'augmentation de la virulence du microbe tuberculeux par sa culture est la contre-indication formelle de cette inoculation, bien que, faite en série sur

les animaux, elle démontre incontestablement l'identité de la scrofulose avec le tubercule.

Rien de plus décevant et fallacieux que ces assertions, ces affirmations absolues des faiseurs de systèmes se contredisant mutuellement. Les plus ingénieux n'ont jamais donné qu'une parcelle de la vérité qu'ils prétendaient contenir tout entière, comme l'histoire le prouve. Sur ce terrain exclusif des microbes, il suffit d'entendre MM. Béchamp et Pasteur se contredire pour prévoir l'avenir de ce nouveau système. Mais la recherche et la connaissance de la vérité s'imposent si impérieusement au médecin qu'aucun n'y peut rester indifférent par le rôle étiologique capital attribué à ces organismes dans la production des maladies, autant que par le bruit retentissant fait sur tous les travaux qui s'y rapportent, dans les journaux, revues, conférences, sociétés, académies, congrès, partout. La pathologie bactéridienne est à l'ordre du jour, et quiconque n'a ni le goût ni le loisir de regarder de près à ces microbes est ainsi forcé d'y penser et de s'en préoccuper, au risque de négliger des recherches cliniques et thérapeutiques plus importantes à l'art de guérir.

En s'étendant sans cesse et à l'infini, cette voie d'expériences et d'analyses microscopiques, hérissée d'équations et de chiffres, paraît bien plutôt conduire à l'obtention du nouveau titre de docteur ès-sciences médicales, proposé officiellement aux Facultés françaises pour rendre apte à l'enseignement, que pour traiter les malades. Aussi a-t-il été repoussé à l'unanimité; car un tel enseignement exclurait bientôt toute instruction pratique, comme on peut en juger déjà par les cours des professeurs émérites qui suivent ces principes.

L'esprit pratique des Anglais ne paraît pas s'être laissé prendre à si peu. Dans son *Annus medicus* de 1882, la *Lancet* constate que la bactérie a encore absorbé les énergies des pathologistes allemands et français. L'importance de cette étude est suffisamment attestée, dit-elle, par les brillantes investigations qui ont ajouté un nouveau mot à la littérature pathologique. Et c'est pour féliciter spécialement le docteur Koch de sa découverte du bacillus tuberculeux dont tant de pathologistes s'étaient vainement occupés avant lui. De là la sensation générale et profonde qu'elle a produite, car, en ces matières délicates et inexplorées, la raison est toujours au dernier entendu. La nouvelle technique par coloration, en conférant une réalité plus authentique et sensible à cet organisme au milieu des autres éléments suspects : la cellule géante et le follicule tuberculeux notamment, venant de la même source, lui assurait dès lors une attention spéciale.

Aucune valeur pratique ne doit cependant lui être accordée quant au diagnostic, au pronostic ni au traitement de la maladie, d'après les essais déjà tentés à cet égard. On peut même douter qu'il soit le vrai et dernier mot de l'énigme, après le fiasco de ceux proposés avant lui. Il est donc prudent d'attendre qu'il ait fait ses preuves pour lui accorder ses lettres de naturalisation. Jusqu'à plus ample informé, l'avantage de cette découverte sera de mettre fin à toutes les expériences de contagion et d'inoculation des animaux pour constater la tuberculose sur l'homme, en les remplaçant par la technique, minutieuse et difficile, de l'auteur.

Un grand et nouveau crédit est ainsi justement acquis au docteur Koch, lui permettant de discuter au-

jourd'hui, non sans avantage, avec l'inventeur même de la méthode sur ses procédés. Initié, en vertu de son titre, aux lois immanentes de la pathogénie, il s'élève et combat la plupart des propositions avancées par M. Pasteur. L'action uniforme des micro-organismes sur la production de toutes les maladies infectieuses et le pouvoir de les annihiler par une vaccination préventive sont ainsi convaincus d'exagération et d'erreur par des exemples contradictoires pris dans sa propre pratique. Telle est l'inoculation de la rage humaine et de la fièvre typhoïde du cheval au lapin. La mort subite de cet animal en résultant vingt-quatre heures après l'inoculation est la démonstration même — d'après tout ce qui est positivement acquis sur l'incubation et le cours de ces maladies — que l'on en a inoculé une autre : soit une forme de la septicémie, comme M. Colin, d'Alfort, l'avait objecté aussitôt. Méprise grossière des auteurs de ces expériences, faute d'avoir reconnu d'avance, comme celles de M. Vulpian l'ont bientôt prouvé, que plusieurs variétés de bactéries existaient dans le mucus nasal et la salive inoculés. Il eût suffi de prendre le chien comme le meilleur et le plus sûr réactif de la rage pour éviter cette équivoque et s'assurer comparativement que ce n'était pas cette maladie qui avait été communiquée au lapin, suivant l'objection immédiate du professeur Gosselin. Tout cela était aussi invraisemblable, impossible même que l'apparition subite du bacillus syphilitique dans le sang du porc, le lendemain même de sa prétendue inoculation. L'état antérieur du spore ou germe de ces microbes, constituant l'incubation, en est la contradiction positive, formelle, à moins de le supprimer.

L'immunité de ces maladies infectieuses et parasi-

taires par la vaccination préventive avec le microbe atténué par l'oxygène n'est pas mieux fondée. Elle n'est pas réalisable pour la lèpre, l'érysipèle, la gonorrhée, la fièvre récurrente, de nature essentiellement parasitaire. La récidive en est toujours imminente, malgré une vaccination antérieure par la maladie même. Il en sera fatalement de même du bacillus tuberculeux, d'après l'observation. Une personne frappée de la diathèse tuberculeuse sous une forme atténuée quelconque : tuberculose articulaire ou scrofulose, peut en effet en guérir, sans être à l'abri d'autres manifestations plus graves des poumons, même à un âge avancé, comme on en voit des exemples.

Cette immunité est si exceptionnelle et inconstante qu'elle ne se réalise pas, pour le charbon même en offrant le type, sur les petits animaux qui le contractent spontanément ou artificiellement. Le cheval s'y montre réfractaire ainsi que l'homme, et le mouton même offre des exceptions. Sur les 400 000 vaccinés jusqu'ici, il est constaté authentiquement qu'un certain nombre sont morts dans l'année, après une ou deux vaccinations antérieures, du charbon spontané ou communiqué. De même des 40 000 bêtes à cornes. Attribués à l'insuffisance du vaccin inoculé par ses mauvaises préparations, son atténuation trop faible ou trop forte, ces résultats n'en déposent pas moins contre les prétentions exagérées sur la valeur des inoculations préventives (*Semaine méd.*, nos 5 et 6.)

Attaqué si vivement sur tous les points de sa doctrine, l'illustre panspermiste n'a pas manqué de répondre aussitôt, suivant son habitude, avec autant de vigueur et de succès qu'envers tous ses contradicteurs. Sa glorieuse découverte des ferments animés, établie sur ses ingénieuses expériences et ses nombreuses applica-

tions confirmatives, ayant ruiné la théorie albuminoïde des fermentations, lui sert de base avec les faits et les dates à l'appui. Incité, provoqué par l'exemple des médecins français et étrangers à entrer sur le domaine pathologique pour justifier et vérifier sa doctrine, il rappelle ses expériences précises, rigoureuses qui ont éclairé et assuré sa marche en avant jusqu'à la vaccination charbonneuse. Tous les résultats obtenus ici et là, en Prusse comme en Italie, sont établis par des chiffres officiels, montrant les altérations manifestes que leur a fait subir son contradicteur, dont il triomphe aisément par cette exposition logique et serrée, n'abordant pas l'étiologie parasitaire des maladies de l'homme. (*Revue scientifique*, 20 janvier 1883.)

D'ailleurs, le discrédit et l'abandon croissant partout du pansement phéniqué en chirurgie est l'infirmation même de ce système absolu, dont il formait le palladium par ses bons effets sur les plaies et les brillants résultats des opérations faites avec son emploi. L'acide phénique était considéré comme le toxique par excellence des microbes infectieux et leur insecticide spécifique. Les résultats du listérisme semblaient la démonstration de la panspermie, ainsi que le pansement occlusif ouaté. Depuis que de nombreux chirurgiens les ont remplacés par l'alcool, l'iodoforme et divers autres produits, les résultats sont les mêmes sinon supérieurs. On en obtient d'analogues par des soins minutieux et une extrême propreté. Preuve que l'action parasiticide serait un mythe comme les microbes.

II

En faveur de cette étiologie parasitaire qui hante tous les esprits, la clinique et la thérapeutique au lit

du malade ont perdu leur crédit. La médecine humaine ne se fait plus qu'à l'aide des animaux dans les établissements hospitaliers. Le diagnostic et le traitement ne sont plus mis hors de doute et de contestation que par des expériences, des inoculations, des réactions physico-chimiques exécutées au laboratoire. C'est le critérium suprême, la démonstration indispensable, la preuve convaincante. La séméiologie, l'investigation minutieuse, les antécédents, le coup d'œil ne sont employés que pour la forme, comme ne donnant que des probabilités. Le corps objectif du délit, si microscopique soit-il, donne seul la foi aux positivistes actuels, et c'est sur ces bases éphémères que sont principalement édifiées les variétés nosologiques des maladies protéiformes, comme les *arthrites*, les *cirrhoses*, les *néphrites* et tant d'autres.

Encore passe si ces expériences étaient faites subsidiairement et comme un supplément auxiliaire d'information. La vérité n'est jamais trop brillante et bien établie. Mais l'erreur est, suivant nous, de les considérer comme principales et les signes physiques comme accessoires. Les rôles sont ainsi renversés, et c'est par exception que des médecins distingués s'en tiennent encore aux signes cliniques, en montrant que l'on peut en obtenir les plus féconds résultats. Les excellentes études de M. Grancher sur les *épanchements pleurétiques* et le diagnostic précoce de la *phthisie*, celles du professeur Potain sur la signification de l'*œdème sus-claviculaire*, d'autres sur la *méningite* suffisent à en démontrer la prééminence. Les deux singulières manifestations pathologiques de l'*hémoglobinurie* et du *myxœdème* devront s'élucider de cette manière, à défaut de pouvoir les inoculer ni les reproduire sur les animaux.

Il est permis de juger de la valeur de ces expériences par les résultats qu'elles donnent lorsqu'elles sont seules applicables. Après s'être longtemps ingénié à localiser la *leucocythémie* dans divers organes, on en revient à la placer dans le sang, son vrai siège suivant les cliniciens. L'examen histologique de ce liquide pour trouver le secret et la raison des phénomènes morbides confirme ainsi les données acquises par la clinique pour l'acclimatement comme pour l'hémostase. Numérer les hématies et évaluer leur proportion d'hémoglobine, constater la variation des hématoblastes à telle période de la maladie est très bien comme curiosité scientifique; mais cela n'apprend rien pour changer ces conditions, ni les effets pathologiques en résultant. Un simple remède, comme le fer, découvert par la clinique en l'absence de ces connaissances scientifiques, ferait bien mieux l'affaire des malades, en les guérissant, et celle du médecin.

Les médications essayées contre la *diphthérite* et la *fièvre typhoïde*, comme l'acide phénique et salicylique, en vue de détruire le principe septique qui les produit, représenté par un prétendu microbe, n'ont donné aucun résultat satisfaisant. Elles ne paraissent agir, comme le sulfate de quinine, qu'en abaissant la température plutôt que comme désinfectants ou antiseptiques. Si les micro-organismes sont détruits, c'est par le refroidissement du corps, et l'eau froide, en bains surtout, pourrait être aussi efficace, si leur emploi n'était malfaisant. Aucune action spécifique n'est donc a ttendre de ces moyens contre les microbes, et c'est surtout en combattant les symptômes prédominants, comme l'excès de température, l'adynamie, en évacuant l'intestin et en alimentant le malade, que l'on arrive le plus sûrement à la guérison.

De même des maladies nerveuses généralisées, comme l'*ataxie locomotrice* et la *paralysie générale*, n'ayant qu'une seule chance de guérison : être reconnues et traitées activement dès leur début, à leur première période. En saisir et signaler les prodromes, les signes hâtifs est donc plus utile aux malades et important à la considération du médecin pour en prévenir ou retarder, par un traitement précoce, les manifestations plus graves, que d'attendre les périodes ultérieures ou la mort, pour en distinguer scientifiquement les différentes formes et les lésions. M. Brown-Séquard triomphe ainsi sur tous les localisateurs, malgré leurs expériences sur les chiens et les chats, par cette simple observation clinique que tous les hémiplégiques sont plus ou moins diplégiques : observation ratifiée explicitement par M. Charcot. Comment admettre, après cela, les centres spéciaux et indépendants, comme celui de la soif, fixé hypothétiquement par les Allemands dans la polydipsie? Un moyen de ramener l'humidité de la bouche, comme l'atropine, est infiniment préférable.

On peut en dire autant du *diabète*, dont l'origine nerveuse, scientifiquement constatée, n'est d'aucun secours pour le traitement ni la guérison. Etudier les différentes causes éloignées qui le produisent, comme le *paludisme*, en agissant sur le système nerveux, et les médicaments propres à contrebalancer cette action, est aussi plus utile et pratique. Les observations du docteur Lamarre sur les *palpitations essentielles du cœur* en sont la preuve.

Les cultures du microbe de la rage, dont le siège est fixé au voisinage du bulbe, faites en vue d'atténuer sa virulence et le neutraliser par l'inoculation vaccinale, menacent ainsi de rester stériles. On ne guérit les

affections nerveuses que par une action directe sur leur siège central ou périphérique. Exemple, l'action de l'*hypnotisme* sur les *hallucinations*, dont l'origine psychique est ainsi démontrée en les provoquant, comme le somnambulisme dans l'*hystérie*. La rareté de la *chorée* parmi la race noire, aux États-Unis, est une autre preuve indirecte qu'elle est surtout produite par les abus, les excès de la civilisation sur le système nerveux des blancs. L'action élective de certains médicaments, comme l'électricité sur le système nerveux, et leur emploi contre les névroses et les névralgies les mieux connues, l'étirement des nerfs surtout, est une démonstration évidente qu'une modification locale est indispensable à leur guérison.

De là l'enquête, ouverte en permanence dans ce Dictionnaire, sur les nouveaux signes physiques des maladies, comme le meilleur moyen d'en distinguer les formes et les variétés, de préférence à leurs causes microscopiques. Un diagnostic bien établi est la meilleure base pour instituer un traitement efficace et arriver à la guérison, tandis que l'étiologie, souvent obscure, problématique, sans contrôle ni vérification possibles, n'est qu'un phare incertain et trompeur. L'adage du *sublata causa* est très juste sans doute, mais bien difficile à réaliser par la variété et la multiplication de ces causes morbides, agissant simultanément en sens inverse, opposé. Les nouveaux signes indiqués de l'*ataxie locomotrice*, du *cancer du cardia*, de la *conjonctivite purulente*, de l'*épanchement du péricarde*, de la *méningite*, du *rhumatisme osseux* et de la *syphilis héréditaire*, en pathologie interne, et ceux des *arthrophytes traumatiques*, des *calculs de la vésicule biliaire*, des *synovites tuberculeuses*, de la *tuberculose articulaire* et tant d'autres signes perceptibles, en pathologie externe,

sont exempts de ces méprises et de ces erreurs redoutables. En promulguant, avec ces connaissances, la découverte des variétés pathologiques nouvelles et des formes rares, comme le *céphalœmatome tardif*, les *kystes du pancréas*, avec les observations à l'appui, des guides plus sûrs que les réactifs physico-chimiques microscopiques et physiologiques ou vitaux sont offerts au praticien pour atteindre son but.

III

La THÉRAPEUTIQUE, qui conduit le plus sûrement a ce but, est toute simple, selon les panspermistes. Le microbe invisible étant l'unique ennemi, au dedans comme au dehors, en santé et en maladie, il s'agit de s'en préserver, s'en prémunir dans le premier cas, de le tuer et le détruire impitoyablement dans le second. On remplit ces deux indications par l'inoculation vaccinale empêchant l'invasion, la prolifération ou segmentation du monstre, et les nouveaux remèdes dits antiseptiques, parasiticides, désinfectants, pour le détruire. C'est tout simple et logique, comme la conception du système même.

Mais pour arriver à ces infiniment petits, répandus, disséminés au sein de l'organisme vivant qu'ils infectent, il faut y faire passer des remèdes actifs à haute dose que les malades ne peuvent souvent supporter. Dans les maladies infectieuses, la diphthérite et les fièvres typhoïde, jaune, puerpérale, récurrente, la rage notamment, les acides borique, phénique, salicylique, les sels de quinine, la pilocarpine ont été dirigés contre ces microbes invisibles, hypothétiques, en faisant perdre de vue les autres symptômes et négliger l'état

réel des malades. Pour un qui résiste et guérit, combien succombent par la pratique aveugle de ce système et sous les coups de ses adeptes! Le rasorisme ou contro-stimulisme et le broussaïsme, qui ont passé les derniers, en témoignent. Un médecin qui saignerait aujourd'hui aussi inconsidérément qu'il y a un demi siècle serait traité d'assassin. Appliquée aux maladies de l'homme, la panspermie ou micromanie est destinée au même sort, en produisant des effets aussi déplorables, car, absolue dans son principe, elle ne repose que sur des idées théoriques et des expériences *in vitro*. De l'air et du simple minéral, d'où l'on est parti, on est passé aux végétaux, aux fruits, pour arriver graduellement des petits animaux, comme les vers à soie, l'œuf et les poules, jusqu'aux grands mammifères, et de l'uniformité des résultats obtenus dans ces trois règnes de la nature vivante, on prétend y assimiler l'homme, sans considérer toute la différence des procédés employés ici pour la réalisation de la vie et ses diverses manifestations. N'est-il pas évident et démontré que ses troubles, ses altérations sont également soumis à d'autres lois, des changements et des complications qui peuvent bien modifier le rôle du microbe dans les maladies? Heureusement, M. Pasteur et ses adeptes les plus ardents s'en tiennent aux animaux. Ils sont occupés actuellement à atténuer le virus ou microbe du rouget, ou mal rouge des porcs, pour les vacciner. Pauvres bêtes!

Sans être réduite à ces étroites limites, la thérapeutique actuelle s'amoindrit néanmoins de plus en plus par le positivisme qu'elle emprunte aux autres branches de la science. L'empirisme est à l'index, et il n'est plus permis d'invoquer les bienfaits d'un remède ou d'une médication, sans en expliquer rationnellement

et en démontrer expérimentalement l'action, ne serait-ce que sur des cobayes ou des lapins. Tout peut être admis dans ces conditions, surtout si le produit est simple, bien analysé, d'une action rapide, précise et fixe contre une maladie ou un symptôme. Exemples, les *extraits de muguet* et la *caféine*, prêts à détrôner la digitale et son alcaloïde, contre les maladies du cœur. La spécificité du *bromure de potassium* et de l'*iodoforme* contre le diabète, celle du *nitrite de sodium* et la *ligature des artères vertébrales* contre l'épilepsie ne paraissent avoir d'autre raison que les succès invoqués à l'appui. L'*atropine* contre la sécheresse de la bouche, la *pilocarpine* contre la polyurie et les *inhalations phéniquées* dans la diphthérite ont été employées au contraire comme de vrais antidotes.

Autrement, une réputation séculaire, comme celle de l'opium et du quinquina, est requise pour être admise sur parole. Le *seigle ergoté* a reçu ainsi plusieurs applications nouvelles, en vertu de sa bonne renommée contre l'adynamie typhoïde, l'arthrite scrofuleuse et le rhumatisme articulaire, dont il abrégerait la durée, en prévenant les complications cardiaques. Combiné aux bromures, il calmerait l'excitation mentale, ce qui est contredit par les effets de la mixture exhilarante signalés l'année dernière et confirmés par les résultats de l'ergotine sur certains troubles nerveux de la parole.

L'absorption du péritoine, étudiée au point de vue de la *transfusion du sang défibriné*, ainsi que l'emploi de l'*eau oxygénée* et de l'*iodoforme*, *intus et extra*, rentrent dans les méthodes générales auxquelles on donne aujourd'hui la préférence pour l'administration des médicaments. La voie hypodermique et interstitielle, au moyen d'injections, est ainsi choisie dans une infinité

de cas à l'exclusion de celle de l'estomac. La syphilis est traitée exclusivement de cette manière dans les hôpitaux spéciaux, et les *injections d'éther* acquièrent de nouvelles indications par leurs effets résurrectionnels surprenants. Celles de *strychnine* sont même employées contre les myélites stationnaires, et celles de *morphine* ont été utilisées contre l'irréductibilité des hernies. Plusieurs médicaments sont soumis à cette voie d'introduction, et l'on va jusqu'à essayer d'en simplifier les procédés pour la rendre plus fréquente.

De là aussi l'introduction artificielle dans l'estomac des aliments qu'il ne peut recevoir autrement par anorexie, obstacle à la déglutition ou vomissements. Le lavage de l'estomac a conduit à cette méthode qui permet de se nourrir et vivre sans manger. Des malades en sont même guéris, en luttant avantageusement par ce procédé de *gavage* contre la faiblesse, les vomissements, les hémorrhagies, l'amaigrissement et la consomption, certaines hystériques et phthisiques en particulier.

La *poudre de lait* serait aussi applicable à l'ulcère de l'estomac pour les malades qui ne peuvent tolérer ce liquide; c'est assurément l'une des plus importantes innovations thérapeutiques de l'année, heureusement complétée par l'allaitement au lait d'ânesse, surtout chez les nouveau-nés syphilitiques. Avec l'*isolement* croissant dans les hôpitaux et les maternités, par crainte des microbes dans les maladies contagio-infectieuses, celles des enfants surtout, la thérapeutique actuelle se réduit presque à l'hygiène. L'influence de l'*acidité dans l'alimentation* sur le développement des coliques de plomb n'est que cela, en effet, comme l'usage des antiseptiques et des désinfectants.

Ces exemples sont démonstratifs des profondes mo-

difications, des changements opérés dans la pharmacologie thérapeutique. Nos anciens formulaires ont vieilli, à moins de se mettre au courant des nouvelles formules par l'*Annuaire thérapeutique* du professeur Bouchardat. Aussi bien signalerons-nous à l'attention de nos lecteurs les *Etudes de thérapeutique générale et spéciale*, avec application aux maladies les plus usuelles, du docteur Luton. C'est l'œuvre d'un praticien convaincu, d'un esprit novateur, tendant à se rendre compte de certains médicaments par les effets qu'il en obtient et en observe, pour en étendre et en préciser les indications; le résumé de toute une vie d'observation sagace et savante, sans aucun esprit de système ni de parti pris.

IV

La CHIRURGIE est cultivée au contraire des plus activement et s'agrandit sans cesse. Ce n'est pas par les grandes découvertes faites en pathologie externe. Celle du siège de l'*aï douloureux* et la trouvaille des *fistulettes de la région ano-coccygienne*, bien en rapport avec les recherches microscopiques, sont, avec le *céphalœmatome tardif*, à peu près les seules à signaler ; mais les innovations chirurgicales abondent. Outre les modifications et les perfectionnements des opérations anciennes, celles-ci sont remplacées par de plus simples et moins nocives. Tel est le perfectionnement continu des résections sur les amputations, — sans que la *méthode sous-périostée* paraisse devoir rajeunir celles-ci, — de la lithotritie sur la taille et de la litholapaxie ensuite. On parle même de substituer la *laryngotomie crico-thyroidienne* à la trachéotomie.

Ainsi s'encombre le champ opératoire de méthodes et de procédés divers. Peu d'opérations disparaissent absolument, dès qu'elles sont nées et ont trouvé utilement leur application, tandis qu'il s'en crée sans cesse de nouvelles par le progrès des connaissances, l'habileté des opérateurs et surtout leur audace. Tous les organes, internes et externes, en sont devenus tributaires, en vertu de l'expérimentation permise *in anima vili*.

Des expériences barbares et insensées ont ainsi été faites par un chirurgien allemand, ouvrant la poitrine des animaux vivants pour mettre leur cœur à nu, le piquer, le déchirer, l'écraser cruellement, afin de montrer qu'en cas d'accident analogue chez l'homme, la suture du cœur et du poumon est praticable en vue d'y remédier avec succès. Le fait montre bien le délire matérialiste qui pousse certains chirurgiens d'outre-Rhin à tant d'excentricités, d'atrocités opératoires, par analogie de ce qui se fait sur l'estomac, ses annexes et toute l'étendue de l'intestin. On *pique*, on divise la vésicule biliaire et les reins pour en extraire les calculs, comme dans la vessie. La vésicule a même été extirpée par Langenbuch, de Berlin, dans un cas de lithiase biliaire, et l'examen montra qu'il ne restait plus que deux très petites concrétions. L'opération avait donc été inutile, et, quoique ayant parfaitement réussi, l'opéré est mort, comme dans les excisions du pylore et de l'estomac, qui se font couramment en Angleterre et aux États-Unis, d'après l'exemple des Allemands.

La *néphrolithotomie* est ainsi née de la néphrotomie et la néphrectomie, par l'emploi fréquent qui en est fait à l'étranger. Les exemples de cette nouvelle opération se multiplient assez en Angleterre pour que

trois succès authentiques en soient relatés et lui donnent droit de cité.

La *gastro-entérostomie* est une autre opération nouvelle de même genre, avec ou sans résection du pylore, née également de l'entérectomie et la colotomie. Cette innovation ingénieuse mérite d'être signalée, mais quels succès est-il permis d'espérer d'une telle réunion de l'intestin grêle à l'estomac? La *gastrostomie* en deux temps paraît destinée à bien plus d'avenir.

La *colotomie lombaire* ou anus contre nature, opposée au cancer du rectum, selon la pratique anglo-américaine, fait de rapides progrès en France. De nouveaux succès en sont relatés. Son emploi s'est même étendu aux rétrécissements cicatriciels de cet organe. Mais les chirurgiens anglais sont allés plus loin, en opposant une opération radicale aux rétrécissements fibreux ou cancéreux du gros intestin. C'est l'excision même de l'occlusion ou *colectomie*, suivie de la suture des deux bouts de l'intestin. Une modification opératoire ingénieuse a même été imaginée et appliquée à ce sujet.

L'*hystérectomie*, mise en suspicion obstétricale par les Allemands qui lui préfèrent l'opération césarienne, est au contraire pratiquée résolument par eux, totale ou partielle, contre le cancer utérin. La statistique des succès et des revers, dans ces deux cas, montre qu'ils prennent encore à ce sujet le contre-pied de la vraie chirurgie conservatrice. Deux récents exemples de son emploi dans l'ovariotomie pour des fibromes coexistants attestent bien mieux la contre-indication formelle de cette mutilation.

La *résection partielle de la vessie*, avec réunion consécutive déterminée par l'expansion adhérente de cet organe à un kyste de l'ovaire, a été pratiquée avec succès, comme l'une des plus graves complications de

l'ovariotomie. L'*uréthrotomie externe* a aussi été érigée en méthode spéciale pour l'exploration digitale de l'intérieur de la vessie, permettant d'en constater les tumeurs, polypes ou fongosités, et de les extirper au besoin.

Une nouvelle opération curative du *varicocèle* s'est encore fait jour, et les vigoureux efforts tentés pour introduire la *tarsotomie* en France ont trouvé une résistance assez forte pour prévoir qu'elle ne s'y acclimatera pas de sitôt. L'*étirement* ou *élongation des nerfs* reste font discutée, tout en perdant du terrain; tandis que la *compression élastique* contre les anévrismes semble en gagner, comme la *thoracoplastie* dans l'empyème. L'extirpation du cancer devient aussi de plus en plus radicale par l'*ablation des gånglions de la zone suspecte.*

En s'appliquant à ces affections générales localisées, la chirurgie étend maintenant son domaine jusqu'aux tuberculoses locales. Avec l'assimilation de la scrofulose, on prévoit tout le développement qu'elle va prendre. Le tubercule du sein, récemment découvert, en sera le premier justiciable, comme les tumeurs blanches augmentées des arthrites fongueuses, très fréquentes de par le microscope. Nous avons vu ainsi en Amérique, dès 1851, amputer des doigts et même des membres à des scrofuleux pour des articulations gonflées, douloureuses, ce qui hâtait leur trépas. Les ulcérations de la bouche et de la langue en sont aussi tributaires, comme des exemples le prouvent. On a même proposé d'enlever un œil tuberculeux, comme on excise le testicule, afin que l'autre ne le devienne pas sympathiquement. De là le titre de *tuberculose chirurgicale*, introduit dans ce volume. L'*excision du chancre induré* procède évidemment de ce système.

Il serait superflu d'énumérer après ces citations toutes les remarques pratiques faites sur les opérations usuelles : *ouverture d'abcès*, *amputations*, *fistules*, *fractures*, *hernies*, *kystes*, *luxations*, *résections*, *tumeurs*, ni les modifications qui leur sont proposées ou appliquées. Elles sont le résultat de la liberté d'appréciation et d'interprétation qui règne plus que jamais souverainement dans l'observation individuelle. La discussion solennelle sur le *chloroforme* et la *chloroformisation* l'a bien prouvé par les divergences d'opinion qui se sont manifestées et comme en témoigne encore celle qui se produit sur la fièvre typhoïde. Mais, si elle est une garantie du progrès, on observe que ces contradictions sont aussi souvent une cause de trouble et d'anarchie dans la science, de doute et de scepticisme dans les esprits. La diversité des *pansements* usités en est une preuve éclatante. Bientôt, comme en religion, on ne croira plus à rien de ce qui ne se démontre pas plus ou moins objectivement, ni à l'autorité de personne en dehors de sa propre raison.

V

A ces trois parties capitales s'ajoutent des observations intéressantes d'accidents rares et peu connus en obstétrique, pendant la grossesse et durant l'accouchement. Un *bruit de souffle péritonéal* annonçant la péritonite et la *substitution du bromure d'éthyle* au chloroforme pour l'anesthésie à la reine méritent d'être spécialement cités. Des remarques analogues sont faites sur les néoplasmes coïncidents ou consécutifs, *fibromes*, *kystes*, *tumeurs*, avec les opérations gynécologiques ayant servi à leur traitement.

Les nouvelles investigations exécutées sur les voies urinaires des deux sexes, la *vessie* en particulier, sont aussi signalées avec leurs résultats.

L'ophthalmologie n'a pas été négligée. L'étiologie *rhumatismale* de la conjonctivite blennorrhagique et les nouveaux topiques spécifiques indiqués dans les formes granuleuse, diphthéritique et scrofuleuse en témoignent. De là le nouveau titre de *scrofulose oculaire*. Le choix à donner à la *sclérotomie* sur l'iridectomie dans le glaucôme a été aussi éclairé par le résumé de la grande discussion anglaise à ce sujet. L'*atrophie des nerfs optiques* dans l'ataxie a même servi à rejeter l'étiologie spécifique.

L'odontologie, niant par ses organes les plus autorisés les *maladies de la dentition*, a été aussi l'objet d'une réfutation en règle.

Les recherches sur les variétés protéiformes, locales et disséminées de la syphilis et la prétendue découverte de son microbe, sont également signalées. Son antagonisme avec celui de la vaccine se justifiera-t-il? Les développements cliniques sur la syphilis cérébrale et héréditaire pour en assurer le diagnostic et le traitement nous ont paru plus importants à consulter.

En médecine légale, la question des empoisonnements par les alcaloïdes végétaux, obscurcie par la découverte des *ptomaïnes*, tend à s'élucider. Un cas de *viol* par hypnotisation appelle l'attention sur ce sujet nouveau, comme sur la mort subite par *coliques hépatiques*, observée par M. Brouardel. L'*erreur du sexe*, résultant de l'hermaphrodisme apparent à la naissance, exige aussi une restriction explicite à l'article 57 du Code civil. Démontré par des faits nombreux dans notre *Traité de la stérilité humaine*, ce danger est de nouveau signalé ici pour prévenir le mariage mons-

trueux de deux hommes ou de deux femmes, consacré par la loi, comme nous en avons relaté des exemples authentiques.

Avec les lois, ordonnances et règlements modifiant l'*enseignement* et l'*exercice* professionnels, le régime des *hôpitaux* civils et militaires, le programme des *concours* et des *prix* internationaux, la biographie succincte des médecins morts au champ d'honneur, l'on aura le résumé de l'année médicale de 1882. A voir les compendieux recueils et les gros volumes in-8° qui en exposent au jour le jour les travaux de plus en plus nombreux, on trouvera que c'est peu, bien peu. On ne tient compte ni des expériences ni des analyses encombrantes, des redites et des revues sans fin, de la chronique et des variétés du jour, étrangères à ce *Dictionnaire des progrès*. L'histoire du passé n'est utile que pour éclairer le présent ou l'avenir; le reste est de pure curiosité, comme les faits du jour. En se bornant à ceux qui se rapportent immédiatement à la pratique, par les recherches, les acquisitions ou les découvertes nouvelles, il réussit, sous ce modeste format, à intéresser et à satisfaire de nombreux praticiens depuis 1864.

P. Garnier.

15 février 1883.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

1882

A

ABCÈS. Leur ouverture est devenue un point accessoire pour leur guérison. Outre le nuage phéniqué, indispensable dans certains cas, il s'ajoute de nouveaux procédés pour les vider par aspiration ou autrement. Le raclage des parois et même l'évidement, lorsqu'ils siègent dans les os, sont mis à l'ordre du jour pour en obtenir une guérison sûre et plus rapide. Mais la douleur résultant de ces procédés entraîne une autre complication : l'anesthésie. Et c'est ainsi que des opérés ont succombé à la chloroformisation pour l'ouverture d'un simple abcès.

Abcès ossifluents d'origine vertébrale. Après s'être enhardis à les ouvrir dans la partie inférieure, les jeunes chirurgiens en sont arrivés à remonter jusqu'au foyer osseux pour le tarir. Une contre-ouverture est largement pratiquée, et à l'aide du grattage de l'os avec la curette tranchante, on détruit ce foyer d'origine tuberculeuse et toutes les parties nécrosées. Et en traitant ensuite les trajets sinueux de l'écoulement par des injections phéniquées, un pansement local avec l'iodoforme, on parvient heureusement à les tarir. Pour guérir un abcès

par congestion, dit M. E. Bœckel, il ne suffit pas de l'inciser dans sa partie la plus déclive, racler la poche et y pratiquer des lavages ; mais il est nécessaire, pour obtenir un résultat durable, de pratiquer aussi haut que possible des contre-ouvertures. Si même on peut arriver par l'une de ces incisions sur un corps vertébral carié, il ne faut pas craindre de l'attaquer avec la cuillère tranchante pour préparer l'action curative de l'iodoforme, cet agent si précieux dans le traitement des fongosités osseuses.

Le docteur P. Reclus relate ainsi de nouveaux succès de ce genre, obtenus chez des enfants à l'hôpital Trousseau. Que le foyer tuberculeux siège en arrière de la vertèbre, sur l'apophyse épineuse, latéralement et même en avant ou dans l'épaisseur de son corps, il n'hésite pas à la contourner aussi loin que possible, et des guérisons authentiques en sont résultées entre les mains de plusieurs chirurgiens. Que la fluctuation existe en arrière ou en avant, dans le dos, à l'aine ou dans le ventre même, il ne faut pas hésiter à l'ouvrir. Et après en avoir détruit, gratté la poche jusque dans ses moindres recoins, établir un drainage antiseptique avec le foyer original, et la suppuration ne tarde pas à se tarir. Tout le succès est dans l'emploi des ressources de la méthode antiseptique, une attention et des soins jusqu'à la cicatrisation parfaite de la plaie. (*Gaz. hebdom.*, n° 31.)

Evidement. Ayant à donner ses soins en octobre 1881 à une malade pour un abcès considérable développé audessous de l'angle inférieur de l'omoplate, M. E. Bœckel incisa et racla la poche sans grand bénéfice pour l'opérée, dont le dépérissement, produit par une suppuration interminable, s'accentuait chaque jour davantage. Il pratiqua alors une contre-ouverture à la partie supérieure, qui mit à nu la troisième côte dénudée et rugueuse. Il en réséqua 4 centimètres, et le doigt, introduit par cette brèche, pénétrant dans le médiastin postérieur, reconnut une surface corrodée de la deuxième ou troisième vertèbre dorsale. Cette cavité fut évidée avec la cuillère tranchante et débarrassée des bourgeons charnus et des débris osseux dont elle était remplie. Des lavages et l'in-

sufflation de poudre d'iodoforme avec pansement antiseptique amenèrent ensuite la guérison de ce cas en apparence incurable. (*Idem.*)

Raclage des parois. A la suite d'une très vive douleur de la septième côte gauche, remontant à un an chez une femme de quarante-un ans, survint une tumeur grosse comme une mandarine, avec bourrelet induré, inégal à la périphérie et fluctuation au centre.

Diagnostiquant un abcès froid consécutif à une nécrose de la côte correspondante, M. Monod pratique sur la tumeur une incision transversale de 5 à 6 centimètres. Après l'écoulement de 50 à 60 grammes de pus, il racle la surface interne de l'abcès. Le doigt, promené à l'intérieur pour s'assurer qu'elle est bien unie, sent un petit séquestre mobile enchâssé dans le tissu osseux. Il est extrait, et deux points de suture, un drain et le pansement de Lister amènent une parfaite guérison, sans fièvre, dès le septième jour. (*Courrier méd.*, nº 12.)

Abcès rétro-laryngés aigus primitifs. Leur siège est limité, suivant le docteur Goix, au tissu conjonctif placé sous les gouttières latérales du larynx. Ils se confondent ainsi avec les abcès rétro-pharyngés et doivent en être distingués, à cause de leur gravité encore plus grande. Ils sont heureusement fort rares, car l'auteur n'a pu en collecter que huit observations dans la littérature médicale, et dans tous les cas, sauf un, la mort en a été rapidement la conséquence, par asphyxie croissante ou dans un accès de suffocation.

Ils se manifestent par l'apparition presque simultanée de la fièvre, avec douleur laryngée, faiblesse et raucité de la voix, toux, laryngosténose et dysphagie. En saisissant le cartilage thyroïde et en lui imprimant des mouvements de latéralité, le frottement de ses bords postérieurs contre la colonne vertébrale est perçu à l'état normal. Or, dans l'abcès rétro-pharyngien, ce frottement thyro-vertébral disparaît, tandis qu'il persiste dans l'abcès rétro-laryngé. C'en est donc là le caractère distinctif.

L'administration du tartre stibié à haute dose, jointe

à l'application de larges et nombreux vésicatoires, forme le traitement préventif; mais, dès que le pus est formé, et il a lieu très rapidement, il faut ouvrir le foyer, et à cet effet la trachéotomie s'impose parfois d'urgence. (*Archiv. de méd.*, octobre.)

Abcès ganglionnaire profond du cou. *Ponction pharyngienne.* Les dangers inhérents à l'ouverture de ces abcès par les hémorrhagies terribles qui peuvent en être la conséquence, comme Hermann et Chassaignac en ont observé des exemples, donnent au procédé employé par M. Trélat dans la clinique de l'hôpital Necker un certain intérêt pour les éviter. C'était chez un homme de quarante-six ans offrant une tumeur assez considérable, allongée sur le côté gauche du cou, siège de battements vigoureux au milieu, absents en avant et en arrière, ce qui excluait un anévrisme, et sans changement de couleur de la peau. La gêne de la déglutition commandait d'intervenir. Il s'agissait évidemment d'une collection formée en dedans des carotides et de leur tronc commun, repoussé en dehors. La tumeur, proéminente dans le pharynx, était très nettement fluctuante en introduisant les deux index dans l'arrière-bouche et pouvait être rendue plus nette en appuyant dessus au dehors.

Une incision verticale de trois centimètres par le pharynx donna issue à un flot de pus ; mais, en descendant jusqu'au quart inférieur du cou, la tumeur ne pouvait se vider complètement. Un drain y fut passé sans danger dans cette région périlleuse, à l'aide du trocart courbe. Muni de sa pointe mousse, il fut d'abord introduit dans l'abcès, et, en l'amenant à soulever la peau au point le plus déclive, la pointe aiguë remplaça la pointe mousse, et l'ouverture permit ainsi de passer un drain qui ressortait par la bouche. Tous les dangers d'une incision externe furent ainsi conjurés.

M. Lannelongue ouvre ces abcès de même par le pharynx sans aucun accident. La dépression de leur centre au toucher suffit à indiquer le point de l'incision, sans que jamais les aliments ni les liquides s'introduisent dans leur cavité, car les deux lèvres s'accolent toujours étroitement. Une distinction doit pourtant être

faite entre les trois sortes d'abcès du cou proéminant vers le pharynx, qui réclament spécialement cette ouverture pharyngienne : ce sont les abcès des ganglions pharyngiens, signalés par MM. Sappey et Gillette, et ceux qui débutent dans l'amygdale en repoussant également la carotide en dehors. Les autres, siégeant dans les ganglions extra-carotidiens, repoussent au contraire le paquet vasculo-nerveux en dedans. De là le danger de leur ponction par le pharynx. Ils doivent être ouverts au dehors, en s'assurant de la position de la carotide. (*Soc. de chirurgie*, mars.)

Abcès du poumon. *Incision et drainage.* Après le professeur Mosler, de Greisswald, qui a inauguré cette opération hardie, et malgré les insuccès constants qu'elle a donné, dans trois autres cas où il a été imité, les docteurs Feuger et Hollister l'ont renouvelée avec succès chez un homme de 34 ans, ayant un abcès fétide dans le lobe moyen du poumon droit, consécutif à un vaste kyste hydatique. Une bronchite purulente, avec fièvre et émaciation, en était la conséquence.

Après une ponction aspiratrice, une incision, faite dans le troisième espace intercostal, en avant, à 5 centimètres en dehors du sternum, permit d'explorer la cavité avec le doigt et de pratiquer une contre-ouverture dans le cinquième espace intercostal, au niveau de la ligne axillaire antérieure. La poche du kyste étant enlevée par la première ouverture, un gros tube en caoutchouc fut passé à travers la cavité par les deux ouvertures de la paroi thoracique. On fit un lavage avec une solution d'acide phénique, et un pansement antiseptique couvrit ces ouvertures.

Pendant six semaines, le malade alla très bien. A la septième semaine, on voulut enlever le tube, et il s'ensuivit une poussée intense de bronchite purulente dans tout le poumon droit et dans la partie inférieure du gauche. Enfin le malade, au bout de quelque temps, guérit complètement.

Quand une excavation pulmonaire causée par la gangrène ou un abcès a une marche envahissante, que l'évacuation spontanée par les bronches ne suffit pas et

que la guérison ne peut être obtenue par les moyens naturels, les auteurs pensent qu'on peut recourir avec grand avantage au traitement qui vient d'être décrit. (*American journ. of med. sciences*, octobre 1881.)

Abcès pleural. Voy. PLEURÉSIE SUPPURÉE.

Abcès du sein après l'accouchement. Des complications alarmantes suivent assez souvent leur ouverture et leur drainage, d'après M. Després. Quatre de ses opérées à l'hôpital de la Charité ont ainsi présenté, durant plusieurs jours, une température de 40 à 41° avec des oscillations considérables, comme on en observe dans l'infection purulente. Des frissons et une légère teinte subictérique complétaient même l'analogie. On pourrait donc s'effrayer en se croyant menacé de cette grave complication. Mais il n'y a pas d'inquiétude à concevoir de ces symptômes en pareil cas, lorsque ces abcès se développent dans les deux mois consécutifs à l'accouchement. Il a observé un nombre suffisant de faits semblables pour montrer qu'il n'y a rien d'inquiétant ni de dangereux dans cet appareil symptomatique. (*Revue de méd.*, décembre 1881.)

Abcès du foie. L'ouverture large et anticipée tend à s'acclimater en France, d'après les rapports des médecins de la marine ayant constaté les succès de cette méthode dans les pays chauds. M. Rochard, inspecteur général, en rapporte deux nouveaux exemples : le premier sur un matelot traité à Cherbourg et guéri un mois après l'opération, le second chez une fille de vingt ans, habitant une ville du Midi. L'hépatite était arrivée au dernier degré : le volume de l'organe était énorme, l'émaciation extrême, le dénouement fatal prochain. Une ponction fut faite; un soulagement momentané suivit. Mais bientôt survint une rechute, et la jeune malade se trouva de nouveau à toute extrémité. M. Bernard, son médecin, se souvenant des observations publiées l'année dernière, suivit la méthode indiquée plus bas.

Tout se passa bien au cours de l'opération. Un mois après, la jeune fille était debout et convalescente ; sa parfaite guérison est aujourd'hui confirmée.

Voici la technique de cette méthode :

1° S'assurer, par tous les moyens nécessaires, de l'existence, de la situation, du volume de l'abcès ;

2° Plonger dans la collection purulente l'aiguille tubulée d'un aspirateur ;

3° Placer dans la cannelure de la sonde ainsi introduite la lame d'un bistouri et faire descendre la pointe de la lame au centre de l'abcès ;

4° Pratiquer avec le bistouri dans l'espace intercostal une ouverture de 5 à 6 centimètres ;

5° Laver à grande eau avec de l'eau phéniquée au centième la cavité une fois vidée ;

6° Faire un pansement de Lister.

Encouragé par cette communication, M. Véron (de Philippeville) suivit une méthode analogue, dans un ancien abcès du foie, en pratiquant avec le thermo-cautère une incision de 6 centimètres, qui donna issue à 2 litres de plus. Le soulagement fut immédiat ; mais, trois jours après, l'opéré fut pris de symptômes de péritonite suraiguë, et succombait quarante-huit heures après.

L'auptopsie constata que cet accident était dû à l'absence d'adhérence entre l'abcès et la paroi abdominale. Ce fut la raison de la méthode de Récamier, et bien d'autres cas ont été signalés qui auraient eu une issue semblable, si ces adhérences n'eussent pas été provoquées artificiellement. Ce fait montre donc qu'il en est de ce procédé comme de tous les autres ; s'il a des avantages, il a aussi des inconvénients. Cette possibilité des épanchements intrapéritonéaux en est une contre-indication évidente. (*Acad. de méd.*)

Abcès chroniques du périnée. Infiniment plus rares que les abcès aigus, ces tumeurs se développent lentement sous forme globuleuse à la suite d'une blennorrhagie. La glande de Cowper est presque toujours le point de départ de l'inflammation. Certains individus y sont tellement prédisposés que chaque blennorrhagie est suivie de ces abcès, comme M. Le Dentu l'a constaté. Leur ouverture en pareil cas n'est pas pressante, car ils guérissent parfois spontanément, quand ils sont peu volumineux.

C'est tout le contraire lorsqu'ils coïncident avec un rétrécissement de l'urèthre dont ils sont la conséquence. L'uréthrite chronique en résultant derrière l'obstacle finit par altérer la muqueuse, qui se fendille ou s'ulcère, et l'infiltration et l'absorption de l'urine déterminent ces abcès chroniques qu'il faut ouvrir dès qu'ils se décèlent, sous peine de voir arriver des accidents redoutables. L'extrême lenteur de la cicatrisation et même la fistule urinaire sont encore moins à craindre. Des tumeurs dures ou fluctuantes, simulant ces abcès chroniques, peuvent sans doute se montrer au périnée en dehors de ces conditions et être d'autant plus confondues avec eux qu'elles résultent aussi d'abus ou d'excès vénériens et coïncident avec des blennorrhées et des rétrécissements. Telles sont les indurations des vésicules séminales et la tuberculose de la prostate, contre-indiquant l'emploi du bistouri. On les distinguera par le toucher rectal, qui doit pratiqué avant toute opération dans cette région. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, février.)

ABSORPTION. Elle est, d'après MM. Lépine et Lannois, de Lyon, beaucoup plus rapide à la partie supérieure du jéjunum qu'à la partie inférieure. Ils l'ont constaté expérimentalemént sur des animaux en emprisonnant dans deux anses intestinales, à différentes hauteurs, de l'huile, de la glycose, de l'amidon saccharifié et d'autres substances. Réciproquement, la transsudation est également plus énergique en haut qu'en bas. (*Soc. de biologie*, 11 février.)

Absorption du péritoine. La tolérance de cette membrane séreuse au traumatisme, mise en évidence par le développement de la chirurgie abdominale, autant que les essais de transfusion tentés dans sa cavité, (Voy. TRANSFUSION, 1881), assurent un intérêt de premier ordre à ses fonctions. Les expériences diverses, faites par les docteurs Dubar et Rémy sur les lapins, à l'effet de résoudre son mode d'absorption avec différentes substances, ne peuvent donc manquer d'attirer l'attention. De là l'importance d'en signaler les résultats.

C'est d'abord l'absorption rapide de l'albumine en solution, démontrée par la disparition du liquide en vingt-quatre à trente-six heures après l'injection. Sa présence rapide dans l'urine et ensuite dans les vaisseaux lymphatiques et le canal thoracique, plutôt que dans le sérum du sang, ne laisse aucun doute à ce sujet. L'innocuité de ces solutions fraîches, inoffensives et bien supportées par ces petits animaux, sans altération appréciable de la séreuse ni même de son épithélium, non plus que des vaisseaux lymphatiques et sanguins, est une nouvelle donnée positive, un encouragement pour y déposer du sang défibriné chez l'homme. L'expérience directe n'en a pas été faite sur ces animaux, comme superflue sans doute, puisqu'elle a été réalisée plusieurs fois avec succès chez l'homme.

Les deux grandes voies de cette absorption sont les lymphatiques contenus dans le mésentère et les réseaux du centre phrénique. C'est ici que le passage est le plus rapide et que les substances solides pénètrent exclusivement dans le torrent lymphatique. La voie sanguine est représentée par les radicules de la veine-porte, où s'effectue une poussée du liquide plus active que vers les lymphatiques et une pénétration habituelle de grains solides.

La coloration des vaisseaux lymphatiques et de leurs valvules isolément, à l'aide du carmin et d'autres substances colorantes introduites dans les solutions, a permis d'en distinguer trois réseaux différents au centre phrénique : deux superficiels, ventral et pleural, et un profond. Quelques valvules existent même dans les capillaires. Distendu par le liquide, le canal thoracique s'est montré d'un volume presque égal à l'aorte qu'il accompagne. L'épithélium des sinus, formé d'une couche unique de cellules plates, en absorbant les matières colorantes, se distingue ainsi très manifestement. La substance ganglionnaire est le siège de courants allant des voies lymphatiques vers les vaisseaux sanguins et se charge ainsi d'une grande quantité de graisse.

Des embolies extrêmement nombreuses avec des leucocytes colorés se forment dans le foie par le passage direct des liquides colorés et des grains. Le cerveau,

le poumon et la rate n'en contiennent au contraire qu'en très petit nombre ; mais les sinus de celle-ci, extrêmement distendus, se distinguent parfaitement. Le rein laisse filtrer les graisses et le carmin, surtout dans la région des pyramides et des tubes de Henle. Les glandes sébacées paraissent être les émonctoires spéciaux du carmin. Les leucocytes sont les principaux moyens de transport de ces matières étrangères ; ils s'y rencontrent accolés ou englobés comme les éléments du pus et les vibrions. Ils constituent ainsi une grande part des embolies.

Ces résultats curieux, exposés d'une manière nette et claire, quoique un peu diffuse, appuyés sur la relation de très nombreuses expériences, bien conduites et représentées par des planches coloriées, doivent avoir les plus heureuses conséquences sur la transfusion dans le péritoine. (*Journ. de l'anat. et la physiol.*, n°s 1 et 2.)

ACCOUCHEMENTS. *Mortalité dans les hôpitaux*. Elle diminue très sensiblement depuis l'isolement des femmes malades par le défaut de contagion pour les autres. A l'hôpital Lariboisière, malgré un service neuf et luxueusement aménagé, elle fut au début de 1 : 11 accouchées, et 1 : 15 pendant les sept années suivantes, que malades et non malades étaient réunies. Il suffit d'isoler les malades dans une crèche spéciale pour voir tomber graduellement la mortalité à un chiffre bien inférieur. Elle a été seulement de 1 : 40 accouchées de 1874 à 1881 inclusivement et se réduit même à 1 : 56 pour les seuls accidents puerpéraux et à 1 : 89 en défalquant les cas de lésions antérieures et de dystocie.

775 accouchements pratiqués cette année dans cet établissement n'ont donné que 14 décès ou 1 : 55 ; et, en retranchant les cas de maladie étrangère : tuberculose avancée, fièvre typhoïde, hémorrhagie interne, il ne reste que 8 décès puerpéraux, ou 1 : 96 et même 1 : 153, en ne tenant compte que des morts après un accouchement normal.

Ces résultats statistiques, dus à M. Siredey, montrent donc l'influence heureuse de l'isolement. L'absence de décès chez les sages-femmes vient de ce qu'elles en-

voient leurs malades à l'hôpital. De là l'accroissement de la mortalité hospitalière.

A la Maternité, elle était de 12 à 13 pour 100 et s'éleva même à 20 en 1864, lorsqu'on ne croyait pas à la septicémie ni à la contagion des accidents puerpéraux. Les accidents péritoniques dans le personnel des salles d'accouchements, jusque sur des élèves sages-femmes encore vierges, désillèrent les yeux. Des mesures énergiques furent prises dès lors par M. Hervieux pour la séparation absolue du personnel des accouchées malades de celui des accouchées valides, en interdisant l'entrée des salles à toute personne sortant de l'amphithéâtre d'autopsie, et l'emploi de l'acide phénique sous toutes les formes dans le service. L'influence de cette prophylaxie fut si évidente que, de 1864 à 1867, la mortalité tomba de 4 à 8 pour 100 et de 1 à 4 seulement jusqu'en 1872. Depuis dix ans, elle n'est plus que de 1 à 2. (*Soc. méd. des hôpit.*, 23 juin.)

En 1856, quand j'étais interne à la Maternité, dit M. Tarnier, sur 2 237 accouchements, il y eut 132 décès, ou 5,90 0/0, comme je l'ai indiqué dans ma thèse. C'est en empêchant la communication du personnel des accouchements avec celui des infirmeries que la proportion de mortalité, qui jusqu'en 1869 s'était élevée à une moyenne de 9,31 0/0, en montant jusqu'à 20, 28 dans l'épidémie de 1864, tomba dès 1870 à 45 décès pour 1 126 accouchements, soit 3,90 seulement. Depuis, elle est allée constamment en diminuant d'année en année, au point de n'être que de 1,37 en 1875. La moyenne pour les dix dernières années est de 2,30 environ; la diminution est donc considérable.

Cette mortalité est pourtant plus élevée encore qu'elle ne devrait être, parce que toutes les femmes pauvres qui accouchent en ville arrivent à la Maternité dès qu'elles sont prises d'accidents graves et sont ainsi presque vouées fatalement à la mort. C'est ainsi que le pavillon d'isolement existant depuis 1876 et qui comptait, en 1882, 1 223 accouchées, n'a eu que 6 décès, soit moins de 5 pour 1000. Pas un seul décès n'a même eu lieu dans ce pavillon sur les 608 accouchements qui s'y sont faits depuis le 29 mai 1879.

L'isolement sous toutes ses formes et la méthode antiseptique employés dans tous les services sont les principaux agents de ces grandes améliorations.

Procidence du cordon. Le pronostic en est toujours d'une extrême gravité pour l'enfant, eomme les chiffres le prouvent, d'après une leçon clinique du professeur Depaul sur ee sujet.

Michaëlis compte 20 enfants morts sur 27 procidences; Stolz, 52 sur 56; Schweighæuser, 25 sur 28; la Maternité de Dresde, 21 sur 28, et Lebmacher, 49 morts sur 50 cas. La statistique de M. Depaul est un peu plus favorable; il n'a que 96 morts sur 143 cas de procidence observés dans sa clinique.

Tumeur fibreuse prepartum. Une quadripare de trente-deux ans entre à la Clinique quinze jours avant terme, parce qu'elle s'est aperçue d'un écoulement rougeâtre depuis quelques jours avec issue à la vulve d'un corps étranger que la sage-femme a dit être le placenta. Le professeur Depaul eonstate en effet la présence entre les grandes lèvres d'une masse rouge violacée, grosse eomme une main d'adulte, assez ferme au toucher, élastique, répandant une odeur très fétide, quoique sans gangrène. Ce n'était, au toucher, que l'extrémité extérieure d'une tumeur beaueoup plus volumineuse remplissant toute la eavité pelvienne.

Ne pouvant atteindre le eol et le travail n'étant pas commencé, M. Depaul se borna à preserire un bain. Il se déclara bientôt après avee issue eroissante de la tumeur doublée de volume après quelques eontractions. Elle restait eependant engagée dans le eol, malgré l'écoulement des eaux. Les battements du eœur de l'enfant devenant irréguliers, faibles et ralentis, et l'accouchement ne se faisant pas, il fallait intervenir. Des tractions sur la partie saillante de la tumeur donnèrent issue à une masse monstrueuse dont la racine, ou pédicule très gros, mesurant 5 à 6 centimètres de surface, adhérait à la demi-circonférenee gauche du eol, qui fut entraînée et apparut avec sa coloration d'un gris rosé blanchâtre. Un coup de bistouri, empiétant même

sur le tissu du col, sépara les parties sans crainte d'hémorrhagie, et il n'y en eut pas plus en effet que par la division des polypes fibreux. Pesée immédiatement, cette tumeur était du poids de 1790 grammes, composée de tissu conjonctif, de fibres musculaires, de cavités contenant du sang avec tous les caractères des corps fibreux.

L'accouchement s'acheva ensuite manuellement, sans complication pour la mère ni l'enfant.

Ce fait rare a son enseignement, puisqu'il a donné lieu à une grossière erreur. Deux ou trois semblables existent seulement dans la science, l'un présenté à l'Académie en 1851 ; un autre rapporté par Cazeaux, et le troisième, observé à Rouen, nécessita l'opération césarienne pour l'extraction de l'enfant. Dans aucun on n'osa, comme dans celui-ci, enlever d'abord la tumeur, n'en connaissant pas la nature, quoique P. Dubois eût été consulté par Danyau et Cazeaux ; cette incertitude entrava l'accouchement et entraîna la mort de deux mères et de deux enfants. Le succès complet de ce dernier cas indique la conduite à tenir dans ceux qui pourront se présenter. (*Acad. de méd.*, 17 janvier.)

Prolapsus de la vessie. Il peut simuler la formation de la poche des eaux au moment de l'accouchement. Une femme de trente ans, à terme de sa septième grossesse, sentit, après une journée employée à laver, quelque chose sortant de la vulve. Elle crut qu'elle allait accoucher et se présenta à la Maternité de Boston, où le docteur Richardson l'examina. On voyait une masse arrondie, qui pouvait être prise pour la poche des eaux, d'autant plus que des douleurs se manifestaient à intervalles réguliers. Le col admettait le doigt et sentait parfaitement la tête au-dessus recouverte par les membranes. La tumeur procédant de la paroi antérieure du vagin était dure, fluctuante, saillante de deux pouces en dehors des lèvres, et était grosse comme le poing. Un cathéter, introduit dans l'urèthre, passa immédiatement dans la tumeur et une demi-pinte d'urine fut retirée. En pressant sur la tête, la vessie put être replacée, tout en ayant de la tendance à saillir de nouveau. Le repos au lit suffit néanmoins à la maintenir en place, et, six jours

après, cette femme accouchait naturellement. (*Boston med. and surg. journal*, n° 13).

Contraction utérine en bissac. Le danger d'administrer le seigle ergoté pour faciliter l'expulsion du placenta, quand on ignore la cause de sa rétention, a été rendu évident par le docteur Barnes, appelé après la sage-femme pour effectuer la délivrance. L'orifice externe était dilaté comme la cavité, mais une contraction énergique de l'orifice interne et de l'anneau de Bandl au-dessus rendait l'introduction de la main absolument impossible.

L'inhalation de trois gouttes de nitrite d'amyle sur un mouchoir suffit instantanément à vaincre cette difficulté. Les fibres musculaires se relâchèrent et la main put aller détacher le placenta généralement adhérent sans hémorrhagie consécutive. C'est donc là un moyen préférable à la chloroformisation en pareil cas. (*British med. journ.*, 18 mars).

Double placenta. Après un accouchement normal, accompli à la Maternité le 19 février, d'un enfant vivant se présentant par le sommet, le placenta descendit dans le vagin un quart d'heure ensuite. Quelques efforts de la femme et de légères tractions suffirent à l'amener au dehors. Mais, en voulant l'éloigner de la vulve, la sage-femme s'aperçut de la résistance des membranes. Un fil fut appliqué dessus, suivant la pratique de M. Tarnier, et le surplus fut réséqué. Mais bientôt une hémorrhagie survint, et au milieu d'un flot de sang, un placenta supplémentaire fut expulsé. Son poids était de 140 grammes, tandis que celui du premier était de 410 grammes. Un pont membraneux existait entre ces deux placentas, et dans le cas de rupture accidentelle, on aurait pu croire la délivrance complète après le premier et favoriser la rétention du second par les manœuvres habituelles pratiquées pour la contraction de l'utérus. (*Acad. de méd.*, février.)

Rupture de l'utérus. Des trois nouveaux procédés en présence pour remédier à ce redoutable accident, l'hys-

térotomie, qui en est le plus radical, ne semble guère applicable que par la nature même des accidents. Le passage d'une partie du corps de l'enfant, retenu et fixé à travers la plaie, ou la présence à l'intérieur d'anses intestinales irréductibles, peuvent en effet rendre l'ouverture du ventre indispensable pour terminer la délivrance. S'en tenir ensuite à la réunion de la plaie utérine par la suture, comme on l'a érigé en méthode aux Etats-Unis, semble bien chanceux. Ce n'est là qu'un moyen palliatif, car, dans l'état puerpéral surtout, cette opération ne laisse guère de chances de succès, et l'on a vu par les faits signalés l'année dernière que la mort en est presque fatalement la suite. (Voy. LAPAROTOMIE PUERPÉRALE, 1881.) L'amputation utéro-ovarique selon la méthode de Porro est-elle plus efficace? L'observation suivante permet d'en juger.

Après un accouchement laborieux et l'application du forceps, le docteur Fornari s'aperçut, en voulant extraire le placenta artificiellement, de la présence d'anses intestinales à l'intérieur. Dans l'impossibilité de les réduire par la contracture tétanique de l'utérus, sous l'action du seigle ergoté qui avait été administré, il se résolut à pratiquer la laparotomie, et devant l'étranglement de l'intestin et la forme de la rupture en Y siégeant à la partie postérieure de la matrice, il crut plus rationnel d'enlever l'organe en entier que de faire la simple réunion de cette déchirure irrégulière.

Le moignon, par sa brièveté, ne put être fixé à l'angle inférieur de la plaie vaginale; les fils de la ligature furent fixés dans la plaie abdominale. L'opérée ne tarda pas à succomber à la péritonite. C'est la quatrième application de cette méthode depuis 1878, et le résultat, semblable aux précédents, n'est donc pas plus encourageant. (*Raccoglitore med.*, avril et mai 1881.)

Le drainage utéro-vaginal, employé dans un cas de rupture simple par le docteur Hecker, ayant amené la guérison (Voy. *année* 1881), il semble que ce procédé soit la seule ressource propre à conjurer les accidents consécutifs à la laparotomie puerpérale, suivie ou non de l'hystérectomie.

Forcipe e rivolgimento nel bacino ovalare obliquo (Forceps et version dans le bassin ovalaire oblique), par le docteur A. Cuzzi. Brochure in-4o de 30 pages, avec planches, 1881.

Relation de 21 expériences faites à l'Institut obstétrical de Modène, dirigé par l'auteur. Le modèle du bassin, muni de ses trois dernières vertèbres lombaires, étant fixé à un piédestal, on y place les têtes de cadavres de fœtus mort-nés ou âgés de quelques heures à peu de jours. On en provoque ainsi l'expulsion spontanée ou artificielle, par la version ou le forceps, dans les quatre positions principales, en en comparant le plus ou moins de difficultés avec le fœtus et le mannequin; d'où la possibilité de l'accouchement spontané dans les positions A. D. et S. P. du vertex, la version étant préférable dans celle-ci comme le forceps dans celle-là, lorsqu'il s'agit d'intervenir. L'accouchement spontané étant impossible dans les autres positions, c'est à la version sur le forceps que l'on doit donner la préférence d'une manière absolue, sauf à se servir de celui-ci pour changer la position ou faciliter l'extraction.

Ces règles, ressortissant très clairement de l'expérimentation, seront-elles les mêmes dans la pratique? *That is the question.*

Accouchements sans douleur. *Bromure d'éthyle.* La récente discussion académique sur le chloroforme, en en mettant les dangers en évidence, doit rendre plus circonspect et réservé dans son emploi, surtout quand la douleur, courte ou légère, ne rend pas l'anesthésie indispensable. Il serait blâmable et répréhensible au premier chef de recourir désormais à un agent aussi redoutable pour des opérations instantanées, comme l'avulsion d'une dent, l'ouverture d'un abcès, les douleurs de l'accouchement. C'est pourquoi le docteur Lébert l'a remplacé par l'éther bromhydrique ou bromure d'éthyle, dans l'anesthésie obstétricale, depuis que les essais faits en France avec cet agent ont démontré que son action, plus légère et passagère que celle du chloroforme, le rend surtout applicable à cette demi-anesthésie. (Voy. *année* 1880.)

Versé assez abondamment sur un large mouchoir de poche non déplié, il est ainsi porté à 2 ou 3 centimètres du nez, en l'éloignant à chaque double inspiration et faisant respirer la femme à pleins poumons avec la bouche ouverte. Son effet analgésique est soudain et sans excitation notable ni ces bourdonnements d'oreilles, ces suffocations, ces éructations et les vomissements qui s'observent avec le chloroforme. La femme reste calme, les yeux entr'ouverts, avec sa conscience, son intelligence, répondant aux questions et aidant les contractions. La tendance au sommeil peut bien se prononcer après une heure d'emploi; mais il est facile d'y résister et de l'empêcher par quelques questions. Si l'anesthésie est poussée jusqu'à la période chirurgicale, le réveil est instantané, sans malaise ni les modifications psychiques persistantes du chloroforme.

Quatre observations relatées à l'appui, dont une application de forceps, une version et deux accouchements normaux, témoignent d'une absence complète de douleur, malgré l'intégrité des organes des sens. Une coloration très vive de la face et du cou pendant l'analgésie tend à montrer que le bromure dilate les vaisseaux du cerveau et prémunit ainsi contre la syncope, si redoutable avec le chloroforme. Loin de diminuer les contractions, il les accélère, et la femme, une fois insensible, se livre aux efforts d'expulsion les plus énergiques. Le travail dure moins longtemps qu'à l'état naturel, et l'analgésie est ainsi favorable dans les cas simples, en plaçant la femme dans de bonnes conditions pour la terminaison rapide de l'accouchement. (*Revue méd. de l'Est*, n° 7.)

AÏ DOULOUREUX. Cette affection vulgaire, qui constitue la ténosite crépitante et séreuse, s'observe principalement chez les personnes qui par profession sont exposées à faire habituellement des mouvements répétés de torsion de la main sur l'avant-bras, le poing étant fermé. Les menuisiers qui manient le rabot y sont particulièrement exposés. Elle se produit même par les simples mouvements d'extension ou d'adduction de la main. Les maîtres d'armes la présentent également sur

l'avant-bras droit, et le maître de gymnastique des deux côtés, comme le docteur Larger en a observé plusieurs cas dans l'armée. Il l'a rencontrée aussi dans la population civile, chez les blanchisseuses, les déménageurs, les débardeurs et particulièrement chez les vignerons qui présentent si fréquemment cette affection sur le bras gauche qu'elle a reçue un nom particulier : eela s'appelle se fouler le nerf du bras.

Elle s'observe exclusivement au printemps par la plantation des échalas dans la vigne. A Sartrouville et dans toute la région d'Argenteuil, le vigneron se sert, à cet effet, d'un levier en fer terminé par une fourehe. L'éehalas, saisi verticalement de la main gauche, est engagé près de son extrémité inférieure entre les branches de la fourche, qui mordent solidement sur lui. Le levier s'appuie alors d'un côté sur l'échalas et de l'autre sur le sol, et le pied droit, lui imprimant une pression énergique, se trouve fiehé en terre, non sans subir une torsion brusque dont la violence se eommunique à la main gauche de l'ouvrier, maintenant toujours vigoureusement l'extrémité supérieure de l'éehalas.

Siège. La tumeur formée par la ténosite crépitante et séreuse, au lieu de siéger dans le poignet, a été constatée par l'auteur à quelques centimètres plus haut dans la région antibrachiale. Son siège ne pouvait done être dans les gaines des museles long abdueteur et eourt extenseur du pouce, ou encore dans eelle des radiaux externes, ainsi que l'indiquent les auteurs elassiques. Des reeherches anatomiques, entreprises à l'Ecole pratique, lui ont démontré que le double eul-de-sae supérieur de la gaine aux long abducteur et eourt extenseur du pouce ne remonte pas à plus de 2 centimètres au-dessus du ligament annulaire ; pratiquement, à un travers et demi à deux travers de doigt au plus de la pointe de l'apophyse styloïde du radius. La limite inférieure de eette gaine arrive à quelques millimètres au-dessus du premier métaearpien.

La gaine des radiaux ne remonte pas sur l'avant-bras à plus de deux travers et demi de doigt au-dessus de l'apophyse styloïde du radius. Or la tumeur de l'aï sié-

geant invariablement au même point de l'avant-bras et sa partie inférieure correspondant à la limite supérieure des gaines carpiennes, elle ne peut donc exister dans ces dernières coulisses tendineuses, c'est-à-dire dans le poignet.

En découvrant sur les faces postérieure et externe du radius, au point d'entrecroisement des muscles long abducteur et court extenseur du pouce, d'une part, et des tendons des radiaux externes, de l'autre, la présence d'une bourse séreuse et d'une synoviale tendineuse, M. Larger y fixe le siège de l'aï douloureux. La bourse séreuse, signalée par quelques auteurs, est inconstante ou simplement ébauchée. Sur 21 bras pris au hasard à l'amphithéâtre, elle n'existait que dans 3 cas sur le bras droit seulement, probablement chez ceux qui par profession tordaient habituellement la main sur l'avant-bras.

Au contraire, la nouvelle gaine tendineuse est constante et appartient exclusivement aux tendons des deux radiaux externes. Elle n'est d'ailleurs que le prolongement de la gaine tendineuse carpienne de ces muscles, au sommet de laquelle elle est adossée, quoique parfaitement distincte. Son extrémité inférieure est donc de 2 à 3 centimètres au-dessus du ligament annulaire ou à deux ou deux travers et demi de doigt au-dessus de la pointe de l'apophyse styloïde du radius, ou encore au bord inférieur du muscle court extenseur du pouce. C'est donc là, c'est-à-dire à l'avant-bras et non pas au poignet, que les topiques doivent être appliqués, soit la teinture d'iode ou un vésicatoire volant, qui sont les plus efficaces avec le repos et une légère compression ouatée.

Ce simple accident peut entraîner des conséquences plus graves si l'on se sert du bras avant sa guérison complète. Une synovite chronique à poussées aiguës intermittentes, résultant de la profession, peut amener des fongosités et même la tumeur blanche. De là la saillie ou tuméfaction que beaucoup d'ouvriers portent à cette région. C'est même là un signe d'identité professionnelle qui peut avoir son utilité en médecine légale. (*Revue de chir.*, mai.)

AINHUM. Voy. Amputations congéniales.

ALCOOLISME. Voy. Dipsomanie.

ALIÉNATION MENTALE. Elle augmente en Prusse comme partout. De 55 043 aliénés, idiots et crétins recensés en 1871, le dernier recensement de 1880 en a donné 66 345, soit 20 pour 100 d'augmentation, quand la population ne s'est accrue que de 10 pour 100. Les aliénés hommes, de 28 002 en 1871, s'élèvent à 34 309, et les femmes, de 27 041, s'élèvent à 32 036. C'est donc là un effet à peu près général, qui doit résulter partout des excès mêmes de la vie moderne agissant sur le système nerveux.

Influence des fièvres. Des recherches, sans doute bien laborieuses, n'ont pu conduire M. Fiedler qu'à la découverte de quatre cas concluants. Ce sont un mélancolique guéri par une scarlatine fort grave compliquée d'urémie, un alcoolique guéri de sa psychose par une phthisie aiguë qui l'a emporté, un mégalomane et un lypémaniaque guéris par la fièvre typhoïde. Ce n'est donc qu'au prix des plus grands troubles et des plus graves périls que l'organisme peut réagir ainsi comme dérivatif sur le cerveau. (*Deutsch archiv für klin. medic.*, XXVI.)

Action de l'ergotine. Elle serait souveraine, d'après M. Luys, contre certains troubles de la parole simulant de véritables hémiplégies ou aphasies transitoires, et contre ces ataxies verbales qui font répondre un mot pour un autre ou des monosyllabes d'une façon monotone, sinon quelques sons articulés et sans formule. Elle réussit encore contre l'excitation automatique des muscles phonateurs faisant émettre des mots que les malades ne veulent pas prononcer, comme les choréiques, dans leurs pertubations de la motricité, exécutent un mouvement en voulant en faire un autre.

Donnée dans un julep à la dose progressive de 30 à 50 centigrammes par jour, l'ergotine rendit la malade plus maîtresse d'elle-même. L'état congestif de la face, très accusé, devint moins vif, et la sensibilité excito-motrice diminua. Le médicament étant supprimé au

quinzième jour, les symptômes reparurent graduellement; le calme revint en six jours, par l'usage nouveau de l'ergotine, et l'on en continua ensuite l'emploi régulier.

Cette action sédative sur la circulation encéphalique a été utilisée encore chez certains malades congestifs; associée au chloral, l'ergotine a donné aussi des résultats satisfaisants dans certains cas de manie et contre l'insomnie persistante chez les hallucinés. (*L'Encéphale*, juin.)

Dénonciation d'aliéné. Une enquête aussi ridicule que scandaleuse a eu lieu à l'asile Sainte-Anne, qui montre bien les préventions enracinées du public contre les établissements d'aliénés et surtout les défiances injustes dont les médecins qui les dirigent sont l'objet. Le 16 juillet 1880, un aliéné ambitieux, Bacci, à la suite d'une trop copieuse ingestion de jambon, était pris d'accidents d'indigestion. Deux jours après, les signes d'une obstruction intestinale se déclaraient, et le malade succombait le 19, avec tous les signes d'un étranglement interne. L'autopsie, faite par l'interne du service, révéla une perforation de l'intestin, qui fut conservé.... heureusement.

L'aliéné D..., atteint également de folie ambitieuse, orgueilleux progressif, ancien instituteur persécuté, entré dans le service sur un rapport du docteur Legrand du Saulle du 25 avril 1880, ayant entendu parler d'*étranglement*, prit ce mot à la lettre et dénonça ce prétendu meurtre à M. Manier, conseiller municipal, et au directeur de l'hôpital, affirmant que son codétenu avait été *étranglé* par un gardien. Il promettait même un mémoire à ce sujet.

La plus simple prudence commandait d'en référer d'abord au médecin, pour connaître l'état mental du dénonciateur et apprécier la valeur de sa révélation. Le médecin seul pouvait fournir des renseignements positifs à ce sujet; mais, la responsabilité du meurtre devant retomber sur lui, l'affaire fut tenue secrète. Ce n'est que le 17 mai que le procureur de la République fut informé de ce prétendu meurtre par une lettre du conseiller

municipal. Et comment l'instruction fut-elle dirigée dans ce cas? Au lieu de s'adresser au docteur Dagonet, directeur intérimaire du service au moment du crime prétendu, l'enquête fut faite mystérieusement, à son insu. Une simple explication de sa part eût suffi à l'arrêter, en la réduisant à néant par le rapport même du fait. Au contraire, M. Macé, directeur de la sûreté, commit deux agents qui furent attachés pendant trois jours à la personne du dénonciateur pour le presser de terminer la rédaction de son mémoire. C'est à cet aliéné persécuteur persécuté que l'on s'adresse pour avoir des renseignements. On accueille comme vrais tous les racontars de ce malheureux, dont l'état mental n'aurait pas trompé un sergent de ville, au lieu de recourir au médecin, qui par son caractère et son talent présentait toutes les garanties, exerçant depuis plus de trente ans les fonctions délicates de médecin d'asile.

Telle a été la conduite de la magistrature dans cette triste histoire. Au premier abord, on serait tenté de hausser les épaules et de passer outre. Le médecin incriminé en a jugé autrement, en publiant les faits, pour montrer que ce ne sont pas les médecins d'asiles, si facilement soupçonnés et même accusés de négligence et de complaisances graves, qui en sont les plus coupables. (*Gaz. hebdom.*)

Folie et divorce. Une commission médicale ayant été appelée par le Parlement à juger si la folie, ou du moins certaines de ses formes, pouvait entraîner légalement le divorce, elle a répondu négativement, par l'organe du docteur Blanche, rapporteur, d'après les motifs suivants. L'hérédité de la folie étant bien connue et constatée, elle peut empêcher efficacement bien des mariages, comme les marques apparentes de l'idiotie, l'imbécillité, l'excentricité et les bizarreries de caractère. La question d'intérêt seule fait trop souvent négliger ces considérations. La faculté du divorce serait un encouragement à de honteuses et immorales spéculations que la loi ne peut consacrer.

Quant à l'incurabilité de certaines formes de la folie, comme les paralysies avec lésions encéphaliques, leur

durée est relativement si courte et sans rémission possible que le divorce serait inapplicable et inavouable en pareil cas. Les autres affections cérébrales qui se confondent avec la paralysie générale classique, bien que ne guérissant jamais d'une manière complète, sont susceptibles d'amélioration, de rémissions passagères et durables, qui ne permettent pas le divorce, car un intervalle lucide peut toujours amener une réclamation de celui ou celle contre qui on l'aurait prononcé à son insu, sans son consentement. L'incurabilité absolue et définitive ne peut même être prononcée par le médecin au point de l'autoriser. Qu'un paralytique, après une longue série de crises d'agitation et de délire, redevienne calme et lucide, comme il en existe des exemples, au point de pouvoir rentrer dans sa famille et reprendre l'usage de sa profession, et, renvoyé de l'asile, il ne trouvera plus ni domicile ni intérieur; un étranger aura pris sa place. N'est-ce pas le cas de le rendre fou aussitôt ? Au point de vue seul du sentiment qui fait un devoir au conjoint de rester libre pour veiller et soigner le pauvre aliéné malade, le divorce est inadmissible dans ces cas.

Toutes les autres maladies mentales, l'épilepsie même, la manie, la mélancolie, la lypémanie, tout en étant presque fatalement incurables, surtout à l'état chronique, offrent cependant des exceptions qui ne permettent pas de se fonder sur ce motif pour prononcer le divorce. Une lypémaniaque restée pendant quinze ans dans une maison de santé, absorbée dans son délire, avait perdu son mari pendant ce temps, et ses filles s'étaient mariées. Considérée comme incurable, elle avait été interdite. Elle a guéri néanmoins, et, depuis bien des années, elle se maintient dans un état de parfaite raison; elle a repris sa place dans sa famille et dans le monde. Que fût-il advenu si, au lieu d'avoir à lui annoncer qu'elle était veuve, on eût dû lui dire : « Votre mari n'est pas mort, mais il n'est plus votre mari, il a divorcé et il est le mari d'une autre; vous ne portez plus son nom; c'est une autre qui le porte. »

Ces cas sont extrêmement rares, mais réels, et il n'est pas jusqu'à la folie circulaire qui n'en offre des exemples. Tel fut le cas d'un mélancolique qui, après une

rémission de plusieurs années, fut pris d'agitation maniaque, avec délire orgueilleux. Après plus de deux ans, on prononça le mot de paralysie générale et d'incurabilité. Avant de recourir à des mesures légales réclamées par de graves intérêts en souffrance, deux années s'écoulèrent, et un jour le malade, couché en pleine agitation et en délire, s'était endormi vers le milieu de la nuit, et le lendemain il se réveillait calme et raisonnable. Quelques jours après, il rentrait chez lui, heureux de se retrouver avec sa femme et ses enfants. Il a vécu encore plusieurs années et est mort sans avoir eu de nouvel accès.

Que serait-il advenu cette fois encore si la femme, convaincue de l'incurabilité de son mari, avait divorcé et s'était remariée? Le malade guéri, ce n'était pas le bonheur qui l'attendait, c'était le désespoir!

L'incurabilité de la folie ne peut ainsi être invoquée pour prononcer le divorce contre un aliéné. Revenu à la raison, il pourrait toujours le frapper d'appel, car ce serait sans son consentement ni sa faute, et la loi ne pourrait manquer d'y faire droit, comme elle le fait pour l'interdit. En pareille occurrence, quelle serait donc la position des époux et des enfants?

D'ailleurs, si elle était admise pour la folie, l'incurabilité le serait à bien plus forte raison pour une foule d'autres maladies, comme la phthisie, le cancer et les affections de la peau plus ou moins dégoûtantes, qui rendent l'homme comme la femme à peu près inaptes aux fonctions du mariage. L'impuissance et la stérilité incurables ne le seraient pas moins; et une grande partie de la société serait ainsi placée sous le coup du divorce pour maladies.

La tentative d'opposition isolée à cette doctrine par le docteur Luys, alléguant l'incurabilité absolue de la paralysie générale et de la démence après un certain temps d'observation et avec altérations cérébrales, a ainsi échoué devant le jugement de l'Académie de médecine, qui a adopté les motifs de la commission parlementaire. (*Acad. de méd.*)

Traité clinique et pratique des maladies mentales, par M. Luys, médecin de la Salpêtrière. Un volume in-8°

de 700 pages, Paris. Une nouvelle classification, basée sur les travaux anatomo-microscopiques de l'auteur, est la principale distinction de ce livre. La cellule nerveuse et les différentes modifications dont elle est susceptible sont invoquées à l'appui dans chaque maladie, soit en agissant localement, soit en réagissant sur d'autres organes éloignés. De là l'originalité de cet ouvrage, en paraissant donner un siège précis, fixe et limité, à des manifestations mentales, considérées jusqu'ici comme purement spirituelles ou psychiques. C'est là le tour de force de l'auteur, à l'aide d'un style plein de figures et d'images comparatives, pour rendre appréciable à l'esprit ce qui est insaisissable par les sens. Une profonde connaissance macroscopique des centres nerveux, alliée à une féconde imagination, forme le secret de cette nouvelle manière d'incorporer le moral au physique et l'esprit à la matière.

ALIMENTATION FORCÉE. C'est sous le nom impropre de *gavage*, applicable aux animaux, que ce nouveau procédé a été employé chez les phthisiques des hôpitaux par le docteur Debove avec le tube mou de Faucher. Les bons résultats obtenus en ont rapidement fait étendre l'emploi à une foule d'autres maladies chroniques avec anorexie, vomissements et dégoût prononcé pour les aliments. Tous les liquides alimentaires, le lait, les œufs, le bouillon, le vin, la bière, peuvent être ainsi introduits artificiellement sans le dégoût qu'ils inspirent parfois par la déglutition. Les dyspeptiques, les anémiques pourront à l'avenir être soumis à ce procédé de l'injection directe des aliments dans l'estomac, quelle que soit la cause qui les empêche de manger ou qui provoque le vomissement. Les aliénés qui refusent de manger pourront y être soumis également. Les affections organiques de l'estomac et beaucoup de maladies nerveuses s'opposant à l'alimentation, seront traitées efficacement, améliorées sinon guéries, par cette alimentation artificielle, car la maladie, comme le parasite, se développe plus facilement sur un organisme débilité que restauré. L'exemple suivant le prouve.

Une hystérique présentait des accidents très graves

et notamment un spasme du pharynx. Depuis plusieurs mois, elle ne mangeait plus et était réduite à un état de débilité extrême. Des aliments furent introduits par la sonde, en en augmentant progressivement la dose. La malade reprit bientôt, et, quand elle fut ainsi engraissée et que ses joues eurent repris leur couleur normale, les accidents hystériques disparurent. L'alimentation avait mieux réussi que tous les antispasmodiques. (Voy. Hystérie.)

Un régime toujours le même, comme le régime lacté, peut amener l'anorexie, le dégoût. Un malade atteint d'un ulcère simple de l'estomac était tombé dans un état déplorable. L'usage du lait, bien toléré au début, lui était devenu si odieux qu'il ne pouvait plus en prendre un quart de verre, et, avec le régime ordinaire, les accidents gastriques, douleurs et vomissements, reparurent aussitôt. Le lait, introduit par la sonde, fut très bien toléré, et le malade put ainsi se sonder lui-même trois fois par jour. Quand il put travailler et que la dose d'un litre de lait ordinaire, trois fois par jour, fut insuffisante à le soutenir, on le mélangea avec du lait concentré, de manière à faire deux litres de lait sous le volume d'un seul. L'amélioration fut telle que ce malade augmenta de 3 kilogrammes en neuf jours. On pourrait agir de même contre la dysenterie chronique, quand le régime lacté, si nécessaire, est difficilement toléré. (*Bull. de thérap.*, mai.)

Une convalescente d'une fièvre typhoïde, qui vomissait tout ce qu'elle ingérait, ayant été soumise au gavage par M. Troisier, cessa de vomir, malgré des quintes de toux violente après chaque repas.

L'introduction de la sonde est ordinairement facile, et l'on peut toujours éviter les accidents en se servant d'un mandrin au début. Trois ou quatre séances suffisent à l'éducation des malades, et ils avalent ensuite le tube sans l'intervention du médecin.

Une *modification* a été apportée par M. Dujardin-Beaumetz à ce procédé. La pénétration du tube jusque dans l'estomac n'étant pas nécessaire, pourvu qu'une pression suffisante pousse le liquide, il a réduit de plus de moitié le calibre du tube de Faucher et dimi-

nué sa longueur d'un tiers. Cette nouvelle sonde, construite par M. Galante, est aplatie à son extrémité pharyngienne ; tandis qu'un disque en caoutchouc, placé à son extrémité buccale, s'applique sur la bouche du malade et l'empêche de l'avaler.

Un vase à deux ouvertures et agissant comme un siphon sert à faire pénétrer les liquides dans l'estomac, à l'aide d'une pomme en caoutchouc placée sur l'un des tubes et qu'il suffit de presser avec la main pour pousser le liquide et l'appeler. (*Idem*, juillet.)

Poudre de lait. Voy. Ulcère de l'estomac.

Sur-alimentation. *Poudre de viande.* Une préparation spéciale de la viande fraîche de bœuf, faite par M. Debove, a permis de la réduire en poudre sèche très fine, qui représente environ quatre fois son poids de viande fraîche. Seule ou mêlée à une poudre de lentilles et dissoute dans du lait ou du bouillon, elle permet de nourrir certains malades au point de les faire engraisser rapidement, en commençant par de très petites doses, soit 2 grammes, pour éprouver la tolérance de l'estomac et de l'organisme. Dès qu'elle est supportée, on peut l'augmenter graduellement et arriver vite à des doses considérables, qui, par une assimilation complète, produisent bientôt un engraissement sensible.

La sur-alimentation n'est donc pas applicable, comme l'alimentation forcée, aux malades qui vomissent leurs aliments ou qui ne peuvent les déglutir, les avaler. Elle a pour but d'introduire dans l'économie des quantités considérables d'aliments, d'augmenter les combustions organiques et de modifier pour ainsi dire le milieu intérieur des malades. De là l'addition de la poudre de viande et des féculents au lait, aux œufs, au bouillon, au vin même introduits par la sonde chez des malades susceptibles de s'alimenter naturellement. C'est donc un vrai *gavage*. Il est indiqué de préférence chez les malades qui maigrissent quand même et dont les dépenses excèdent les recettes par la paresse des fonctions digestives et le défaut d'assimilation ou la nature

même de l'affection dont ils sont atteints; il a surtout produit les meilleurs effets chez les tuberculeux, en modifiant et en reconstituant l'organisme. Les précautions à prendre pour l'emploi de cette méthode sont indiquées au mot PHTISIE.

Un avantage particulier de cette poudre alimentaire est de favoriser la digestibilité de l'estomac, en faisant reprendre une activité nouvelle à la muqueuse. Un grand nombre de malades qui avaient complètement perdu l'appétit l'éprouvent de nouveau après quelques jours de son emploi, comme le docteur Martel, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo, en donne l'exemple suivant :

Un arthritique de quarante-deux ans, dyspeptique, avec troubles hépatiques, depuis la guerre de 1870, fut pris, à la suite d'émotions pénibles et prolongées, d'une dyspepsie si intense et tenace que l'on pouvait craindre un cancer de l'estomac.

Le dégoût pour la viande était si prononcé, la digestion en était si pénible, que l'alimentation, malgré le danger visible, était devenue tout à fait insuffisante : d'où amaigrissement, teinte jaune de la peau, etc. A chacun des faibles repas végétaux et lactés, une quantité de poudre de viande fut administrée, qui ne dépassa pas 2 grammes chaque fois, trois fois par jour au plus. Très rapidement, l'appétit reparut graduellement, et, quelques semaines après, il était redevenu normal. D'où retour de l'embonpoint à un degré raisonnable, disparition des accidents et guérison rapide d'une maladie qui avait résisté à la série des remèdes conseillés contre la dyspepsie : amers variés, acide chlorhydrique, eaux minérales, etc., etc.

Depuis ce moment, la santé est restée assez bonne. Sous l'influence des mêmes causes, les troubles digestifs ayant tendu à reparaître, l'anorexie et le dégoût de la viande furent rapidement enrayés par le retour à l'usage de la poudre de viande. (*Bull. de thérap.*, mars et octobre.)

Alimentation des herbivores *avec le sang cuit et desséché*. Le sang desséché, en poudre, a aussi été utilisé

par M. Regnard, chez les herbivores. Recueilli dans les abattoirs, il est chauffé à 100° C. et le coagulum, pressé et séché dans une étuve, est mis en poudre dans un moulin à café. Privé ainsi d'odeur et de goût, il peut être mêlé à différentes doses à divers aliments. Six agneaux orphelins de la ferme-école de Joinville ont été mis en expérience, en en soumettant trois au régime purement végétal ordinaire, foin et betteraves, tandis que l'on a ajouté à cette ration des trois autres 10 à 80 grammes de *poudre de sang* cuit et desséché. Les premiers ont complètement dépéri, pendant que les autres sont devenus superbes, au point que les connaisseurs déclarent n'en avoir jamais vu d'aussi beaux du même âge. Leur poids et leur taille ont rapidement augmenté du triple et ils dépassent ceux nourris par leurs mères.

La même nourriture donnée à des veaux a eu le même succès, et des volailles ont acquis également un poids plus que double de ceux qui recevaient la nourriture ordinaire, notamment des poulets et de jeunes faisans. C'est donc là un moyen d'utiliser le sang perdu et d'augmenter la richesse publique.

Si les expériences ultérieures viennent confirmer ces résultats, il peut y avoir un grand avantage économique à l'emploi du sang, dont plusieurs centaines de mille kilogrammes sont à peu près perdus chaque semaine dans les abattoirs de la ville de Paris. L'élevage des veaux dans les mêmes conditions va commencer et pourra être comparé avec celui-ci. Ce mode d'alimentation chez un enfant rachitique de dix-huit mois a d'ailleurs déjà donné d'excellents résultats au même auteur. Ce système d'alimentation mixte est donc plein de promesses pour l'avenir et une confirmation des bons effets obtenus avec la poudre de viande. (*Soc. de biologie*, juillet.)

ALLAITEMENT ARTIFICIEL. Une grande nouveauté est proclamée officiellement par ce fait que tout change, même les choses les mieux établies en apparence. Rien n'est stable, surtout à notre époque. Le lait de vache, regardé comme le mieux approprié à la nourriture du

nouveau-né après le lait maternel, quand il manque ou devient insuffisant, est maintenant condamné à n'être plus qu'un auxiliaire très secondaire, non du lait de chèvre, considéré jusqu'ici comme le meilleur après lui, mais du lait... d'ânesse. Et cela sans jeu de mots. De par l'autorité du professeur Parrot, qui a fait instituer une nourricerie spéciale à l'hospice des Enfants assistés de Paris, surtout pour les enfants syphilitiques, qui ne peuvent être allaités au sein sous peine d'empoisonner leur nourrice, le lait d'ânesse est celui qui leur convient le mieux, puisqu'un plus grand nombre survivent avec celui-là qu'avec tous les autres. Sur 89 enfants atteints de syphilis héréditaire, allaités à la nourricerie du 2 juin 1881, date de son ouverture, au 24 février 1882 :

6 ayant pris exclusivement du lait de vache au biberon, 5 ont succombé, un seul a guéri.

42 ont été nourris au pis de la chèvre, 8 ont guéri, 24 sont morts (mortalité : 80 p. 100).

38 ont été nourris au pis de l'ânesse, 28 ont guéri, 8 sont morts (mortalité : 26,3 p. 100).

Ces chiffres mettent en évidence la supériorité du lait d'ânesse sur celui des autres animaux. De là son éloge.

L'ânesse, par sa sobriété, par la manière dont elle supporte la stabulation prolongée, surtout par la constitution chimique de son lait, qui le rapproche beaucoup de celui de la femme, tient le premier rang parmi les animaux qui peuvent être utilisés pour l'allaitement artificiel, surtout dans les grandes villes.

La nourricerie, pourvue exclusivement de chèvres au début avec une seule ânesse, n'a plus aujourd'hui que ces animaux. Le trayon paraît le mieux s'adapter aux lèvres de l'enfant. Elle est douce et docile, d'une grande sobriété et peut suffire à l'allaitement de 4 ou 5 enfants, tandis que la chèvre n'en peut nourrir que 2, 3 au plus. Son lait, riche en albuminates et en beurre, se rapproche de celui de la femme et se trouve l'analogue de celui de la jument. Après le lait d'ânesse viennent ainsi ceux de la jument, la chèvre et la vache. Le lait de brebis, très caséeux, vient en cinquième et dernière ligne.

Le nombre des tétées, dans les vingt-quatre heures, varie de six à huit; il sera d'autant moins considérable que les enfants seront plus âgés.

Là où la chèvre pourra vivre en liberté et trouver ses aliments de prédilection, on la substituera sans inconvénient à l'ânesse.

Dans la thérapeutique de l'enfance, le lait d'ânesse doit tenir une place importante; il est particulièrement indiqué dans les affections gastro-intestinales; exceptionnellement, il remplace avec avantage le lait de femme.

Toutes les maisons hospitalières destinées à l'assistance des nouveau-nés et des enfants du premier âge, sains ou malades, devront être pourvues d'une nourricerie où l'on entretiendra, proportionnellement à leurs besoins, des ânesses et des chèvres.

Les locaux affectés à ce service seront disposés de telle sorte que l'étable où séjourneront les animaux soient d'un accès facile.

Les enfants ayant été pesés après chaque tétée, on a obtenu les moyennes suivantes du lait absorbé par eux à chaque tétée et par jour.

AGE	MOYENNE DE CHAQUE TÉTÉE		MOYENNE DU LAIT PRIS EN 24 HEURES	
	Chèvre.	Anesse.	Chèvre.	Anesse.
De 1 jour à 1 mois.	53 gr. 5	52 gr. 5	375 gr.	367 gr.
De 1 à 3 mois......	73 gr.	86 gr.	500 gr.	602 gr. 3
De 3 à 6 mois......	105 gr. 8	106 gr. 5	741 gr.	746 gr.

La comparaison de ces chiffres met en relief ce fait que le lait d'ânesse a été pris en quantité plus considérable que le lait de chèvre.

Un autre résultat de ces pesées a été de prouver d'une manière incontestable que, pour le même âge, les enfants qui ont guéri prenaient toujours plus de lait que ceux qui sont morts, qu'il s'agisse de l'ânesse ou de la chèvre.

Malheureusement, l'alimentation par le lait d'ânesse n'est pas toujours pratique, surtout dans les grandes villes, où l'on se procure plus aisément et à meilleur marché du lait de vache, dont la qualité est inférieure,

à ce point de vue spécial. Sa composition, de même que celle du lait de chèvre, diffère notablement, en effet, du lait de femme. On en peut juger par le tableau suivant :

	Vache.	Chèvre.	Anesse.
Caséine....................	36	37	17
Sucre de lait..............	55	40	58
Beurre.....................	40	42	15

Le lait de femme renfermant en moyenne, par litre, 19 grammes de caséine, 46 à 53 grammes de sucre de lait et 45 grammes de beurre, pour réduire le lait de vache aux mêmes proportions en caséine et en sucre de lait, il faut donc le couper presque par moitié et y ajouter, soit un peu de sucre de lait, soit un peu de sucre ordinaire.

A la Maternité, M. Tarnier, après avoir essayé l'allaitement direct au pis de la chèvre et le lait de vache pur ou coupé, ainsi que le lait condensé et la crème Beidert, n'obtenait que des résultats défectueux, quand il eut recours au lait d'ânesse, exclusivement employé depuis le 23 avril 1881.

Dès ce jour, la digestion des enfants devint excellente; tout fut simplifié dans l'alimentation des nouveau-nés, et la mortalité diminua manifestement. De tous les aliments employés dans l'allaitement artificiel, le meilleur serait donc le lait d'ânesse, qui, depuis plus de quinze mois, a donné d'excellents résultats. Mais, après six semaines ou deux mois, ce lait devient insuffisant, et il convient de le remplacer par du lait de vache convenablement coupé. (*Acad. de médecine.*)

En considérant le grand nombre d'enfants qui meurent à Paris dès la première année par le fait seul d'un mauvais allaitement artificiel, cette découverte de la supériorité du lait d'ânesse sur tous les autres ne peut manquer d'être un grand bienfait. Il ressort en effet de la statistique municipale que des 60 856 enfants nés à Paris en 1881, 10 180 succombèrent dès la première année sur les 46 285 restés à Paris, les 14 571 autres ayant été envoyés en nourrice. C'est donc 22 0/0 de décès, dont 5 202 par athrepsie ou mauvaise alimentation et 3 067 nourris au biberon.

On sait que la réputation du lait d'ânesse en France vint de l'usage qui en fut prescrit à François Ier par un médecin israélite venu exprès de Constantinople. Ce remède doux réussit si bien au monarque que tous les courtisans s'empressèrent de suivre le même régime. Son usage est particulièrement répandu contre les affections pulmonaires et bronchiques, et s'il pouvait se généraliser dans l'allaitement artificiel, la vie d'un grand nombre d'enfants pourrait être conservée. Il suffirait qu'il se formât à Paris des ânesseries comme à Utrecht, pour que chacun y eût recours.

AMPUTATIONS. *Diminution du calibre des vaisseaux.* Après avoir constaté mathématiquement et établi graphiquement par dix observations authentiques et concluantes cet effet consécutif aux amputations des membres, comme d'autres auteurs l'avaient fait avant lui, M. P. Segond cherche à en déterminer aussi positivement la cause. Ce n'est pas facile, car, après l'avoir attribuée à l'inertie fonctionnelle du membre amputé, en vertu de certaines lois générales, comme l'influence de l'exercice d'un organe et la quantité de sang qui traverse ses vaisseaux, on a invoqué son atrophie musculaire, ses troubles de nutrition, la contraction locale des vaisseaux divisés par action réflexe, etc., etc. La première explication toute physique est réfutée par des faits probants. L'amputation du pied, faite neuf jours après un accident, avec exercice du membre comme avant, n'a pas empêché la diminution du calibre de tous les vaisseaux de ce membre constatée à l'autopsie par M. Verneuil. Un amputé de cuisse, faisant ensuite des courses de 40 à 50 kilomètres, a présenté la même diminution. Ce n'est donc pas la cause importante de cette altération. Son apparition rapide, précoce et constante, sur toute l'étendue du membre montre qu'elle est antérieure à l'atrophie et qu'elle détermine plutôt cet effet secondaire qu'elle n'en dépend.

Fort simple en apparence, ce phénomène est donc plus complexe en réalité. Trois facteurs y contribuent selon M. Verneuil : une loi d'hydraulique au début par l'excès de pression du sang, provoqué par le brusque obstacle

apporté à son cours par la ligature de l'artère; une action réflexe du segment de celle-ci, qui, loin de se laisser distendre comme un tube inerte, surexcité par l'excès de tension, réagit en se contractant; une métamorphose de tissu par la rétraction succédant à la distension et à la contraction artérielle.

Contrôler, vérifier et établir ces trois points sur des bases indiscutables par des faits cliniques et des expériences est bien le programme de l'auteur, suivant les exigences de la science actuelle; mais comment le remplir? La contraction vasculaire est aussi facile à constater sur le moignon de l'opéré que sur les animaux; mais sa durée, son étendue et les modifications en résultant, comment les vérifier et les distinguer de l'influence de la tension et la pression du sang? Autant d'inconnues et de difficultés insurmontables pour les résoudre, et c'est ainsi que ce long travail ne confirme que des faits déjà établis, sans éclairer les autres plus intimes et vitaux. C'est donc un aveu tacite d'impuissance des faits sur le raisonnement. (*Revue de chirurgie,* août et septembre.)

Diminution de la mortalité. Rien ne peut démontrer plus clairement les progrès de la chirurgie moderne sur l'ancienne que les résultats des grandes amputations primitives et consécutives, surtout en comparant ceux d'aujourd'hui avec ceux d'autrefois. Ainsi procède le docteur Thomas pour l'infirmerie royale de Glasgow où 726 amputations pratiquées du 1er janvier 1874 au 31 décembre 1881, soit huit années, ont donné 166 décès seulement, tandis que dans les 25 années précédentes, un total de 1412 amputations semblables avait donné 452 morts. Cette énorme mortalité de 32 pour 100 est donc descendue à 22,8, soit une réduction de 10 pour 100 environ.

D'après leurs causes, ces amputations des membres se divisent en :

307 primitives ayant donné 99 décès, dont 49 pour 185 grandes amputations.

87 amputations secondaires pour blessures ont donné 27 décès, dont 23 pour les 57 grandes amputations.

338 amputations pour maladies n'ont donné que

40 décès, dont 21 pour les 149 grandes amputations.

Sur cette mortalité générale de 165, il n'y a eu que 3 morts par pyémie et 1 par septicémie ; et si l'on tient compte que 22 amputés ont succombé le jour même et 11 le lendemain, indiquant que l'opération a été pratiquée sans aucune chance, on verra, en les défalquant de cette statistique, que la proportion de mortalité pourrait être abaissée à 18,9 pour cent. (*Lancet*, 1er juillet.)

Amputation congéniale. Un exemple très rare de ce que l'on est convenu d'appeler ainsi a été présenté par le docteur Lannelongue, qui tend à en modifier profondément l'interprétation. C'est un enfant de deux mois et demi, né à Saint-Dizier, le 29 août 1881, d'une mère primipare, de vingt-quatre ans, mariée depuis dix mois à un garçon de vingt-sept ans, sans parenté ni hérédité aucune. Grossesse normale, accouchement naturel trois semaines avant terme. A sa naissance, il présentait des sillons circulaires sur les quatre membres, notamment à la jambe droite, qui étreignent les chairs et les divisent presque jusqu'à l'os. En se creusant progressivement depuis la naissance, ces sillons ont déterminé la chute spontanée de cinq orteils, et plusieurs des autres, ainsi que les doigts, entourés comme d'une sorte de ligature, sont destinés à tomber ultérieurement, comme sous l'effort constant d'un fil de caoutchouc. L'index seul de la main gauche présente une amputation de la troisième phalange; mais tous les autres offrent, comme les orteils, des sillons et des déformations. (*Acad. de méd.*, 22 novembre 1881.)

Depuis l'interprétation toute mécanique donnée à ces strictions circulaires par Montgommery, admettant que des brides placentaires ou le cordon lui-même provoquaient ces amputations dans le sein de la mère, comme des exemples le démontrent péremptoirement, on en rattachait tous les cas à cette étiologie, sans y regarder de plus près. On alla même jusqu'à supposer des fractures préalables se produisant sous l'action d'une violence extérieure pendant la grossesse, dont le mécanisme était encore plus obscur et impénétrable.

On en était là de ces explications quelque peu complai-

santes ou traditionnelles et dont plusieurs observations offraient des contradictions flagrantes, lorsqu'en 1863 Mirault (d'Angers) observa un cas analogue dont il envoya l'observation à la Société de chirurgie, sous le nom d'*affection singulière des doigts et des mains*. Le mal avait débuté à l'annulaire de la main droite, par gonflement et rougeur, avec un sillon ressemblant à un étranglement produit par un anneau métallique. Ce doigt fut amputé dans l'article et la plaie ne guérit que dix-huit mois après. D'autres doigts se reprirent, et après quinze ans de souffrances et la perte successive de quatre doigts, rien ne faisait présager la guérison. Aucun membre de la Société de médecine d'Angers ni de la Société de chirurgie ne pouvait donner aucun renseignement sur cette affection, inconnue jusqu'alors. Après l'examen anatomo-pathologique des doigts amputés, M. Verneuil pensa qu'il s'agissait d'une variété exceptionnelle de la sclérodermie à forme circulaire paraissant se rattacher au rhumatisme. (*Gaz. hebdom.*, 1863.)

C'est après cette discussion retentissante à l'étranger surtout que parut dans la *Gazeta medica da Bahia*, au mois de janvier 1867, une étude originale sur l'*ainhum*, maladie endémique au Brésil, parmi les nègres africains, et consistant dans une dégénérescence graisseuse de tous les éléments anatomiques du petit orteil, consécutive à l'apparition spontanée d'un sillon ou étranglement à la racine de cet orteil, analogue au précédent, sans que rien pût en expliquer la cause ni en arrêter le développement. On pratiquait ainsi couramment l'ablation de cet orteil quand il était devenu gênant pour la marche.

L'auteur de ce mémoire intéressant, le docteur da Silva Lima, médecin de l'hôpital de la Charité de Bahia, en nous adressant ce travail, y joignait un spécimen anatomique de cette maladie, destiné à être soumis à l'examen histologique de M. Verneuil. Nous lui remîmes nous-même cette pièce, conservée dans l'alcool, avec tous les détails à l'appui, sans en avoir eu aucune nouvelle ensuite. De là la traduction résumée de tous les points intéressants de ce travail dans ce dictionnaire. (Voy. *années* 1867 et 1868.)

La similitude frappante de ces faits avec celui de

Mirault ne pouvait manquer d'attirer l'attention. Les médecins de la marine française en particulier s'en occupèrent vivement et montrèrent par des exemples que, loin d'être spéciaux à la race nègre et indienne du Brésil, ces faits se rencontraient chez les créoles et les Hindous. Cette maladie, quoique se développant pendant la vie et ayant pu être considérée comme une variété de lèpre dactylienne amputante, en se montrant aux doigts et aux orteils, pouvait donc être rapprochée également des amputations congénitales et offrir ainsi de précieux éclaircissements à leur interprétation.

Un fait publié en 1879 par M. Guyot, médecin de la marine, montra qu'une petite fille de deux ans, atteinte d'ainhum, était venue au monde avec des mutilations congénitales multiples, véritables amputations spontanées, car l'auriculaire de la main droite présentait un sillon profond dès la naissance. La continuation du travail pathogénique a presque entièrement détaché l'extrémité unguéale de ce doigt en deux ans. C'était la démonstration que l'*ainhum* pouvait se développer pendant la vie intra-utérine, et sa fréquence dans la race noire le rapprochait d'autant mieux des amputations spontanées que celles-ci sont infiniment plus communes que parmi les autres.

En rapprochant ces faits de celui qu'il a observé, et guidé par les recherches histologiques déjà réalisées, M. Lannelongue est conduit à se demander si ce rétrécissement annulaire, observé chez les blancs comme chez les noirs, à la naissance comme après, n'expliquerait pas plus rationnellement certaines amputations congéniales que la cause mécanique admise pour tous les cas. Que l'on en fasse un processus identique à celui de la sclérodermie, avec M. Verneuil, ou une lèpre amputante, avec M. Collas, il est évident que cette lésion locale, le le plus souvent, procède d'une cause générale interne qui lui permet de s'étendre aux différentes extrémités, comme le cas actuel en est la preuve. Les altérations entraînées par le sillon, le serrement, expliquent ensuite la chute spontanée des parties placées au-dessous. (*Archiv. de méd.*, décembre 1881 et janvier.)

Amputations sous-périostées. De six amputations pratiquées avec ce procédé par M. Nicaise, en 1881, à l'hôpital Laennec, sur des hommes atteints de tumeurs blanches, cinq de cuisse et une de jambe, il n'y eut qu'un seul décès, le vingt-neuvième jour, avec cicatrisation du moignon, comme l'a montré la pièce anatomique. Le canal médullaire était oblitéré par une lamelle osseuse de nouvelle formation. Il n'y a eu de la suppuration consécutive que dans deux cas; la réunion immédiate des parties profondes sur l'os a eu lieu dans les quatre autres.

Ce résultat est donc satisfaisant et encourageant en faveur de cette modification consistant à décoller un manchon de périoste avant de scier l'os, avec le soin de ne séparer en aucun point la face externe du périoste conservé des parties molles sus-jacentes. Le manchon est facile à relever, notamment sur le fémur, grâce aux déchirures qu'il subit presque toujours. Si la section de l'os en est rendue un peu plus difficile, les avantages obtenus, en recouvrant ensuite la surface de section avec la membrane périostique, le compensent grandement. Ce procédé est donc à imiter, pour rendre le moignon plus épais, malgré l'impossibilité alléguée par M. Desprès de faire ce décollement. La preuve du contraire se trouve dans cette pratique, suivie par beaucoup de chirurgiens.

Dans trois amputations faites par ce procédé, M. Poncet, de Cluny, a vu le périoste reproduire un champignon mousse favorable à la conformation et aux usages du moignon. Il s'est même recollé facilement sur la surface osseuse dénudée.

Ce procédé facilite la réunion par première intention, selon M. Trélat, par un accolement graduel du lambeau, dont la face profonde adhère à l'extrémité osseuse sectionnée. La pression en est même devenue indolente dans certains cas, tandis que le contraire est la règle quand la réunion n'est que secondaire.

Néanmoins, l'auteur de la méthode sous-périostée, après avoir conseillé ce procédé, l'a délaissé, en raison même des douleurs du moignon résultant des ostéophytes irréguliers et saillants qui se produisent chez les jeunes gens. Il a dû même les réséquer secondairement dans un cas. Autrement, il facilite la réunion im-

médiate. Mais l'imminence de la nécrose de l'anneau d'os dénudé peut annihiler cet avantage. C'est ce qui l'a fait délaisser par M. Pozzi. Une antisepsie rigoureuse assurant presque la réunion immédiate, M. Ollier a ainsi abandonné sa propre méthode dans les amputations pour la conserver exclusivement aux résections, bien que des succès s'observent aussi sans elle, même au coude. (Voy. Résections.)

A l'autopsie d'un amputé de la jambe par M. Polaillon, sans conservation d'une manchette de périoste, et qui est venu mourir un an après dans le service de M. Nicaise, le tissu cellulaire et les muscles étaient accolés sur l'os, sans que les alvéoles du tissu spongieux fussent oblitérées. Le canal médullaire était fermé au contraire sur la pièce qu'il a présentée après un temps plus court. Cette conservation du périoste n'est donc pas indifférente au résultat définitif. (*Soc. de chirurgie*, mars.)

L'écho de cette grande discussion s'est répercuté à la Société centrale de médecine du Nord, où les amputations périostées ont au moins deux partisans résolus. Trois moulages de moignons de ces amputations avec grand lambeau antérieur, faites par M. Houzé de L'Aulnoit, deux de cuisse et une de jambe, au lieu d'élection, sur un enfant de sept ans, présentaient en effet la meilleure apparence. M. Paquet a fait également quatre amputations par cette méthode avec d'excellents résultats. La première date de 1879, sur une jeune fille dont le moignon est resté aussi beau qu'au début. Il s'en déclare ainsi partisan avec un grand lambeau périostique plutôt que la manchette, susceptible de produire des ostéophytes.

Tous ces beaux succès sont dus simplement, d'après M. Folet, au soin de tailler des lambeaux grands et épais et non à la languette périostique. Il obtient d'aussi beaux moignons sans elle par deux exemples opposés aux précédents. Sans prétendre qu'ils conserveront leur aspect actuel avec le temps, il ne peut admettre que la languette périostique empêche cette modification du temps. Si on peut lui démontrer le contraire, c'est-à-dire l'absence de déformation après cinq à six ans, il s'inclinera, car

on ne s'explique pas à quoi cette languette peut être utile. (*Bull. méd. du Nord*, mai.)

Amputation nouvelle du membre supérieur. Au lieu d'enlever le bras avec l'épaule, comme on l'a fait deux fois dans le cas de broiement de l'omoplate, M. Després a exécuté avec succès l'amputation de l'épaule contre un ostéo-sarcome de l'omoplate par le procédé suivant.

Premier temps. Ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes par le procédé classique ; ligature double, afin de se prémunir contre les hémorrhagies secondaires.

Deuxième temps. Incision en raquette partant du milieu de l'espace qui sépare la saillie des apophyses épineuses des vertèbres, du bord interne de l'omoplate, en suivant le dos, contournant la partie saillante de l'épaule et passant sous l'aisselle au milieu des poils, puis revenant sur le dos rejoindre l'incision près du point de départ.

Troisième temps. Dissection d'un lambeau supérieur, sans communiquer avec la plaie de la ligature de la sous-clavière.

Quatrième temps. Section de la clavicule aussi près que possible de sa partie moyenne.

Cinquième temps. Ligature de la veine axillaire.

Sixième temps. Détacher l'omoplate en sectionnant le grand et le petit pectoral et le grand dorsal, et en coupant les muscles, insérés sur l'omoplate, que l'on sectionne en luxant cet os en arrière.

On lie la scapulaire commune, si elle donne encore. On réunit ensuite la plaie à l'aide d'une suture, sauf dans l'angle qui correspond à l'aisselle.

Cette opération est sans doute passible de plusieurs dangers, comme la perte abondante du sang veineux et l'entrée de l'air dans la veine axillaire. Une syncope et un état asphyxique se sont même montrés dans ce cas, mais il a suffi de placer la tête en bas pour rétablir la respiration. La saillie de l'extrémité claviculaire peut aussi en résulter. Mais, avec tous ces dangers, elle est encore moins grave que la précédente, comme ce fait le prouve, car, opéré le 19 juin, le malade avait sa plaie ci-

catrisée le 19 août suivant. Elle convient ainsi contre le cancer et la tumeur blanche de l'épaule et donnera des succès nombreux chez les sujets âgés de moins de vingt-cinq ans. (*Acad. des sc.*, septembre.)

Amputation du bras. Deux exemples remarquables en ont été présentés à la Société clinique de Londres, le 10 mars, l'une pratiquée à *Midlesex hospital* par M. G. Lawson, pour un cancer des ramoneurs de l'aisselle droite, récidivé après deux excisions préalables; la seconde par M. H. Marsh, pour un anévrisme de l'artère axillaire, chez un cocher de trente-deux ans. Une hémorrhagie profuse étant survenue le dix-septième jour après la ligature avec la soie phéniquée, l'amputation fut nécessaire et amena la guérison. (*Lancet*, 18 mars.)

Amputation fémoro-rotulienne. Chez un homme de trente-huit ans, atteint de carie des os de la jambe, le docteur Notta dut pratiquer l'amputation au siège d'élection, au-dessus du genou. Il fit un grand lambeau antérieur comprenant la rotule dans son épaisseur, réséqua les condyles du fémur, la face postérieure de la rotule et toutes les portions de la synoviale y attenantes. La réunion n'eut pas lieu par première intention, et pourtant la rotule se souda au fémur. Vingt jours après, l'opéré sortait guéri et reprenait ses occupations. La cicatrice se trouve en arrière, à 3 centimètres au-dessus du sommet du moignon. Tout le poids du corps porte sur la face antérieure de la rotule, devenue inférieure.

Ce remarquable succès par le procédé de Gritti est assez rare. Dans deux cas vus par M. Farabeuf, il n'y avait pas de réunion et la rotule basculait. La soudure osseuse peut bien avoir lieu, malgré la suppuration, comme on l'observe dans l'amputation du pied. Mais certaines régions de la peau, comme celles du genou, supportent mal les pressions. Il s'y manifeste des troubles trophiques et des ulcérations, et l'inflammation de la bourse séreuse conservée suffit à amener des accidents. C'est pourquoi cette opération est délaissée et ne se pratique qu'exceptionnellement. (*Soc. de chir.*, 24 mai.)

Amputation de la jambe. *Attelle plâtrée bilatérale.* Tous les chirurgiens savent combien les amputés de la jambe sont incommodés d'avoir le moignon relevé comme dans l'amputation de cuisse. Pour obvier à cet inconvénient sérieux, M. Després place l'attelle par-dessus le pansement par occlusion avec bandelettes de diachylum, en la faisant remonter à la partie interne jusqu'au niveau de la tubérosité du tibia et à la partie externe jusqu'au-dessous de la tête du péroné. Un drain est placé dans la plaie, dont les lambeaux sont rapprochés verticalement, pour faciliter l'écoulement des liquides.

Un amputé s'est très bien trouvé de cette modification. Dès le troisième jour, il pouvait se tourner dans son lit et se coucher sur le côté, quand il était fatigué de rester sur le dos. Tous ceux qui ont été obligés de garder longtemps le décubitus dorsal peuvent apprécier l'avantage de cette innovation. En outre, l'immobilisation, si nécessaire dans ce cas, est aussi complète que possible. (*Revue méd.*, décembre 1881.)

ANESTHÉSIE. Après le débat solennel qui s'est élevé sur la chloroformisation et dont on trouvera le résumé à ce mot, peu de remarques pratiques ont été faites à ce sujet, sinon le nombre croissant des accidents mortels qui s'ensuivent. Dans l'impossibilité d'en faire la statistique, par les divers agents anesthésiques, l'éther aussi bien que le chloroforme, le protoxyde d'azote et tous les autres, il reste au moins à en indiquer les dangers comparatifs.

Dangers. En réunissant les statistiques du docteur Andrews, de Chicago, recueillies en Amérique, et celles du docteur Richardson, en Angleterre, M. Ormsby établit les chiffres suivants :

Ether. Sur 92 815 applications, il y a eu 4 décès, soit un sur 23 204.

Chloroforme. 152 250 administrations ont donné 53 décès, soit 1 sur 2 873, c'est-à-dire 8 fois plus que l'éther.

Mélange d'éther et chloroforme. 11 176 administrations ont donné 2 décès.

Bi-chlorure de méthylène. 10 000 applications ont donné 2 décès.

Le chloroforme serait absolument le plus dangereux des anesthésiques usités. L'évaluation n'est qu'approximative, il est vrai, par l'impossibilité de recueillir exactement tous les faits. Mais ces chiffres suffisent à montrer la responsabilité du chirurgien qui soumet une créature humaine aux vapeurs de cet anesthésique sans des raisons absolument irréfutables, car, en la plongeant soudainement dans le mystérieux sommeil de l'insensibilité, elle peut ne plus se réveiller! (*Lancet*, 11 mars, p. 414.)

Bruit de galop du cœur droit. Ce nouveau bruit, indiqué par le professeur A. d'Espine dans les cardiopathies, serait un signe d'asphyxie, en étant produit par la lutte du ventricule droit contre l'excès de tension dans la petite circulation et l'embarras de la respiration en résultant. Il y aurait donc lieu d'ausculter le cœur à cet égard durant l'anesthésie, car la production de ce bruit anormal, en annonçant une asphyxie imminente, serait une indication de la cesser aussitôt. L'auteur a pu suivre ainsi, à deux reprises, pendant une chloroformisation chez l'enfant opéré par M. Reverdin, le développement d'un bruit de galop droit à mesure que la respiration devenait plus embarrassée. Il s'y joignait des ronchus sonores disséminés et une véritable arythmie intermittente. Pendant une éthérisation chez un jeune garçon opéré par M. Julliard, des phénomènes analogues s'observèrent. Le renflement du premier bruit, le bruit de trot ou de galop, l'arythmie sont ainsi les divers degrés qui permettent à l'oreille de suivre pas à pas les effets de l'anesthésique sur la petite circulation. (*Revue de méd.*, février, page 123.) Voy. ASPHYXIE.

Réflexe palpébral. C'est la contraction de l'orbiculaire des paupières, produisant l'occlusion de la fente palpébrale, lorsqu'on touche, dans l'état de veille, la conjonctive bulbaire ou la cornée. Dès que la vie de relation est suspendue par l'anesthésie, cet acte réflexe cesse, il n'y a plus aucun clignement des paupières. Il est le dernier à disparaître, sauf la dilatation persistante de la pupille sous l'influence des excitations du grand sympathique abdominal.

Il y a un grand intérêt, selon M. P. Berger, à interroger avec soin ce signe dans l'anesthésie chloroformique pour juger et savoir quand elle est complète. C'est le plus sûr moyen de connaître au juste la tolérance individuelle au chloroforme. Il faut en cesser les inhalations dès qu'il se manifeste, sauf à les reprendre dès qu'il reparaît par des contractions fibrillaires de la paupière inférieure. On évite ainsi le danger de mort subite. (*Acad. des sciences.*)

Le défaut d'expérience ne permet pas de dire si ce signe est absolument constant et univoque chez tous les individus. Certaines femmes hystériques ont ce tremblement très prononcé. Il s'agirait donc de savoir, par des examens comparatifs, s'il est supérieur à celui du pouls.

Anesthésie obstétricale. Voy. ACCOUCHEMENTS.

ANÉVRISMES. *Compression élastique avec la bande d'Esmarch.* Aux deux seules applications de cette méthode faites en France (Voy. *année* 1880), une troisième a été tentée par le docteur Terrier sur une repasseuse de trente-huit ans, entrée le 17 janvier à l'hôpital saint Antoine. C'était contre un anévrisme faux primitif du tronc tibio-péronier de la jambe gauche, qui par la douleur subite, le gonflement œdémateux et dur du membre ainsi que la présence d'un cordon dur dans le creux poplité, faisait croire à une thrombose dans cette région. Une tumeur grosse comme une mandarine, dure, irrégulière, bosselée, non douloureuse et mobile de la paroi thoracique dans le creux axillaire gauche, justifiait cette interprétation, d'autant mieux qu'elle était apparue sans cause quatre mois auparavant. Un traitement en conséquence ayant révélé la nature anévrismatique du mal, la guérison est tentée par la compression élastique et digitale pendant six heures et demie.

Cinq jours après, le volume de la tumeur, qui était de 33 centimètres au milieu, était réduit à 30, et l'opérée put sortir de l'hôpital aussitôt. Revue au mois de juin, la tumeur conservait le même volume et la même dureté, sans battement, ni douleur, ni gonflement du membre,

l'opérée ayant repris son état fatigant. (*Revue de chir.*, septembre.) Ces deux succès sont donc un encouragement à tenter de nouveau ce moyen, à la portée de tous les praticiens bien mieux que les divers autres procédés.

Sur 52 anévrismes traités par la bande d'Esmarch et le tube en caoutchouc, collectés par le docteur Stimpson, il y a eu 28 guérisons et 24 insuccès, dont deux morts. Les séances s'étaient prolongées en moyenne pendant une heure. Dans 5 autres cas, l'usage de la bande a été alterné avec le tourniquet ou la pression digitale, et, dans 5 autres, on a fait des séances journalières avec la bande, répétées plusieurs jours consécutifs.

Trois dangers sont inhérents à cette méthode curative : la gangrène déterminée par les proportions exagérées du caillot; de plus grandes chances à la produire s'il faut recourir à la ligature ensuite; et différents troubles généraux produits par l'augmentation de la tension sanguine. Des hémorrhagies capillaires dans la jambe au-dessous de la tumeur ont amené la mort dans un cas, chez un phthisique de trente-huit ans, dont le cœur était dégénéré. L'autre décès est survenu par gangrène, le malade ayant refusé l'amputation. (*Amer. journ. of med. sc.* avril.)

Anévrismes de l'aorte. *Signe physique.* C'est un souffle doux, synchrone de la systole cardiaque, entendu le long de la trachée quand le malade, après une profonde inspiration par la bouche, expire par les narines en tenant la bouche hermétiquement fermée. On entend surtout alors une expiration involontaire produite par la dilatation brusque du sac anévrismatique au moment de la systole. Le docteur Drummond a constaté que ce signe manque toutes les fois qu'il y a altération valvulaire sans anévrisme. Au contraire, il est très perceptible dans le cas d'anévrisme. Il peut donc servir à distinguer l'anévrisme du cancer et de toutes les tumeurs du poumon gauche. (*Med. Record*, janvier.)

Anévrisme de l'artère brachiale. A propos d'un cas idiopathique, rencontré à l'hôpital Bellevue (de New-York), le docteur Holt, interne, n'a trouvé que 13 faits semblables dans toute la littérature médicale, à l'exclu-

sion des anévrismes traumatiques. 3 exemples ont été rencontrés en Amérique. 2 seulement existaient chez des femmes. 8 des malades étaient au-dessous de trente-deux ans, le plus jeune en ayant 17 et le plus vieux 60. 6 fois, l'anévrisme siégeait à la partie inférieure de l'artère, 2 fois au tiers inférieur, 2 fois au milieu et 3 fois dans le tiers supérieur. Il y eut 12 guérisons, le treizième malade de Scarpa ayant quitté l'hôpital avant. 8 succès furent obtenus par la ligature, et, le fil ayant été placé 4 fois près du sac, il y eut deux hémorrhagies secondaires. L'opération de Hunter fut employée deux fois, et l'incision du sac entre deux ligatures une fois. La compression, essayée dans 9 cas, ne réussit que dans 4. C'est à l'aide d'une plaque triangulaire qu'elle fut appliquée par le docteur Holt dans le cas actuel, avec un bourrelet au sommet de 3/4 de pouce de diamètre. Le bras formant un angle droit avec le corps, le bourrelet fut appliqué sur l'artère, l'extrémité supérieure dirigée vers l'épaule. La compression exactement faite ainsi, l'artère put être observée sans aucune douleur en résultant sur les nerfs adjacents. (*Amer. journ. of med. sc.*)

ANGINE TUBERCULEUSE. Elle s'est présentée primitivement chez un garçon de 17 ans, admis à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Millard. Des points jaunâtres hérissaient la muqueuse pharyngienne, sans que l'auscultation ni la percussion de la poitrine révélassent une tuberculose locale. Le malade se plaignait seulement de douleurs atroces dans la gorge, l'empêchant absolument d'avaler. L'alimentation artificielle avec le tube de Faucher étant inapplicable, on introduisit une sonde uréthrale dans le nez, pour lui faire prendre un peu de lait. Une diarrhée continuelle s'ensuivit, et la mort arriva le 12 décembre 1881.

L'autopsie montra la muqueuse du voile du palais, du pharynx, hérissée de points jaunâtres, sans rien à la langue. Indépendamment des lésions pulmonaires, l'intestin était rempli de granulations tuberculeuses dont plusieurs ulcérées. C'était une tuberculose miliaire aiguë ou granulie généralisée, ayant débuté par la gorge. (*Soc. méd. des hôpit.*, décembre.)

Iodoforme. A l'aide de cet agent, dissous dans l'éther, le docteur Gouguenheim est parvenu à guérir une tuberculose miliaire aiguë du pharynx, chez une femme enceinte, atteinte au début de sa grossesse. On constatait une ulcération étendue au pilier antérieur gauche du voile du palais et à une partie du septum, avec hypertrophie énorme de la luette. L'excision de celle-ci pour soulager la malade confirma le diagnostic par l'examen histologique. Aucun signe de tuberculose pulmonaire. L'emploi topique de l'éthérolé d'iodoforme modifia rapidement l'ulcération. Elle disparut complètement, et la malade put s'alimenter. Cette guérison toute récente ne permet pas malheureusement de dire qu'elle sera définitive.

C'est sous forme de crayons et en poudre que M. Zuber emploie l'iodoforme dans son service du Val-de-Grâce. Kussner en a obtenu d'excellents résultats dans la tuberculose ulcéreuse du pharynx et le considère comme un anti-tuberculeux. C'est un antiseptique puissant et un calmant remarquable des ulcérations douloureuses. Tous les ulcères atoniques en sont heureusement modifiés. (*Idem*, 28 juillet.)

Ces ulcérations tuberculeuses du pharynx, en déterminant l'œdème de la glotte, peuvent exiger la trachéotomie par les accidents d'asphyxie en résultant, comme M. Damaschino en a observé un exemple. La malade devint grosse ensuite, accoucha, et les ulcérations disparurent. On la croyait guérie, lorsque les sommets des poumons se prirent et entraînèrent rapidement la mort. La guérison toute récente de la malade de M. Gouguenheim pourrait bien être menacée d'une seconde récidive sur place ou ailleurs, car l'iodoforme n'est pas plus un spécifique du tubercule que de la syphilis.

ARTHRITES. *Seigle ergoté.* Suivant l'exemple du docteur Duboué, qui l'administre comme reconstituant ou plutôt comme neurotique ou nerval, M. de Musgrave-Clay l'a donné à un enfant lymphatique de six ans, atteint d'une ostéo-arthrite du coude survenue spontanément par un phlegmon péri-articulaire qui avait été ouvert. De 40 centigrammes par jour au début,

les doses s'élevèrent rapidement jusqu'à 75 durant trois mois environ. Une sensation de froid aux pieds les a fait diminuer ensuite. L'enfant s'est complètement rétabli sous l'influence de ce traitement. (*Congrès de La Rochelle.*)

Cette observation prouve sans doute que l'on peut impunément administrer pendant longtemps, et à doses élevées, le seigle ergoté, sans avoir ordinairement à redouter d'accidents d'intoxication. Mais elle ne suffit pas à démontrer également son action sur l'ostéite. Outre l'incertitude de la nature de cette arthrite qualifiée de tumeur blanche, l'immobilisation du membre peut bien avoir joué un plus grand rôle sur la guérison que le seigle ergoté. C'est donc une question à étudier, que l'innocuité de ce médicament rend d'autant plus facile.

Arthrite puerpérale. Elle est d'une extrême gravité, une menace de mort presque immédiate, selon le professeur Depaul, quand elle succède à des douleurs locales, une menace de métro-péritonite, aussitôt évanouie en apparence sous l'influence des cataplasmes, des frictions mercurielles et l'usage de la teinture d'aconit. C'était le cas chez une nouvelle accouchée de la clinique, sans aucune complication, quand elle se plaignit de douleurs vives dans les deux poignets et les coudes. Le moindre attouchement les développait.

Lorain, qui avait spécialement étudié cette question des articulations devenant subitement malades après l'accouchement et succédant à un état abdominal de quelques jours de durée, en fit un simple rhumatisme puerpéral. Au contraire, c'est la formation de foyers purulents succédant à celui qui existe toujours dans le bassin, si petit soit-il, comme les autopsies l'ont démontré bien des fois. Sans diarrhée, ni vomissements, ni douleurs abdominales, la langue sèche et râpeuse des malades indique une infection septicémique. La parole, difficile, embarrassée, bredouillante, en est un autre signe.

Beaucoup de praticiens se méprennent sur la nature et la haute gravité de cet accident. En présence d'un ventre indolore, ne voyant que les articulations prises,

ils croient difficilement à une mort prompte. C'est cependant ce qui arrive dans la majorité des cas. Et l'on trouve à l'autopsie les cartilages détruits et du pus dans les articulations. En se limitant à l'articulation du pouce dans un cas semblable, la malade ne mourut pas, mais l'ankylose du doigt s'ensuivit.

La gravité de cette arthrite est décelée par l'utérus, plus volumineux que d'habitude, immobile et comme suspendu au milieu d'une masse molle, d'un magma résistant, formé du résidu inflammatoire du début et dans lequel se trouve presque toujours du pus. (*Revue méd.*, 17 juin.)

Arthrites fongueuses. *Injections d'iodoforme.* Un succès remarquable de cette nouvelle médication en France, obtenu par le docteur M. Sée, a été le sujet d'une importante distinction à faire entre ces arthrites. Voici cet exemple : Une fille de quinze ans, lymphatique et délicate, entrait le 8 novembre 1881 à l'hôpital Rothschild pour une double arthrite fongueuse des genoux. Malgré divers traitements locaux et généraux, les articulations étaient restées tuméfiées, fongueuses et raides, sans possibilité de se mouvoir sur les jambes. Une injection d'iodoforme avec la seringue de Pravaz fut faite d'abord dans le genou droit avec un gramme du liquide suivant :

Ether sulfurique..................	Un flacon rempli aux deux tiers.
Poudre d'iodoforme.............	Q. S.

L'iodoforme non dissous se précipitant au fond du vase, les injections se font avec la partie supérieure du liquide, qui en est saturé dans la proportion d'un cinquième.

Pratiquée sur le côté externe de la rotule, cette injection fut presque immédiatement suivie d'une très violente douleur, persistant toute la journée avec tuméfaction et rougeur péri-articulaire. Le repos et les cataplasmes dissipèrent ces accidents, et, quinze jours après, une amélioration très notable se manifestait dans ce genou.

Une injection semblable fut dès lors pratiquée dans le genou gauche avec les mêmes résultats que la première. Elles furent ainsi renouvelées alternativement d'un genou à l'autre, avec compression consécutive des articulations par des bandes de caoutchouc et le repos continu.

Sous l'influence de ce traitement, le volume des genoux diminua considérablement, et, de très douloureux, les mouvements en devinrent faciles et indolores. La malade put se lever, marcher; peu à peu, les articulations reprirent leur état et leur aspect normaux, comme en a justifié sa présentation à la Société. C'est donc un exemple des plus démonstratifs de l'effet favorable de ces injections.

Leur valeur peut seule se déduire de l'étiologie ou la cause des fongosités, d'autant plus que des injections interstitielles, pratiquées par M. L. Le Fort dans les synoviales articulaires fongueuses, ont déjà donné des résultats analogues. Il s'agit donc de savoir si ces fongosités étaient purement rhumatismales, c'est-à-dire d'origine inflammatoire, ou bien tuberculeuses par une affection des os ou un processus spécial. Pour M. Verneuil, les premières seules sont susceptibles de se modifier et de guérir par ces injections, comme par la compression ou la cautérisation. Elles n'auraient ainsi rien de spécifique contre les fongosités tuberculeuses, comme le prétend Rosetti (de Vienne). C'est à ce titre que les injections d'iodoforme ont été introduites dans la thérapeutique de ces fongosités. De nature vraiment tuberculeuses, celles-ci seraient, au contraire, exclusivement tributaires de la chirurgie, soit par leur cautérisation ou leur ablation, si elles sont localisées, ou la résection même de l'article, à l'exemple de Ollier. (*Soc. de chir.*, juin). Voy. TUBERCULOSE ARTICULAIRE.

ARTHROPATHIES SYPHILITIQUES. Voy. SYPHILIS.

ARTHROPHYTES. C'est le nom heureusement donné, par le professeur Panas, aux corps étrangers du genou, nés de la synoviale et tombés accidentellement dans l'articulation, où ils flottent librement par suite d'un coup

ou d'une chute. Une seconde espèce d'origine purement traumatique, par fracture ou détachement d'un fragment osseux ou cartilagineux, soit du fémur, soit du tibia, résultant d'une extension forcée du genou, d'un coup ou d'une chute, peut encore former ces arthrophytes. Mais les auteurs classiques, en France et en Allemagne, ne regardent pas cette production comme scientifiquement démontrée et se refusent ainsi à l'admettre, contrairement aux chirurgiens anglais. Il existe cependant des faits cliniques bien constatés de personnes ayant des articulations parfaitement saines, qui ont, après une chute ou une blessure grave du genou, présenté subitement tous les symptômes d'un corps étranger. Il est même des cas où, la mort s'en étant suivie, les linéaments du corps étranger extrait correspondaient exactement aux parties absentes de la surface articulaire du fémur ou du tibia. Mais on allègue que, sans aucun signe d'arthrite, il y avait dans ces cas des saillies intra-articulaires ou ostéophytes qui se sont détachées par la chute. Dans le développement graduel de ces prétendus corps étrangers, on voit une preuve de leur vitalité, et, dans leur absorption, un effet de la pression des deux surfaces articulaires. Telles sont les raisons invoquées contre les arthrophytes purement traumatiques.

Pour en démontrer la réalité, M. Poncet (de Cluny) a recours à trois ordres de preuves : faits cliniques, établissant le début du corps étranger avec un coup ou une chute, une extension de l'article ; faits expérimentaux, montrant la possibilité du détachement artificiel de fragments du condyle interne du fémur par extension forcée ou par choc latéral amenant de véritables fractures ; différences histologiques, caractérisant ces arthrophytes traumatiques avec les arthrophytes vraies provenant de la synoviale. Il suffira d'indiquer celles-ci, figurées par des planches, pour rendre l'arthrophyte traumatique irréfragable.

Dans l'*arthrophyte capsulaire*, il n'est pas rare de constater une transition graduée du cartilage au véritable os à travers le fibro-cartilage ; il y a même parfois une calcification de celui-ci tout à fait différente du véritable os. Dans tous les spécimens, un hile ou les

restes d'un pédicule existent encore, signe de leur origine, tandis que l'on n'y rencontre jamais trace de nouvelle capsule ou de tissu fibreux entourant le corps étranger.

L'*arthrophyte traumatique* se distingue au eontraire par l'absenee de hile et aucune trace de pédicule. Le fragment détaché, fracturé, est ordinairement entouré, revêtu d'une écorce épaisse de tissu fibreux nouvellement formé. Une section montre que la ligne de séparation de l'os et du cartilage est fine et abrupte, sans aucune zone intermédiaire de fibro-eartilage. La matière osseuse est toujours placée aussi d'un seul côté du eorps étranger, sans être jamais complètement entourée de cartilage, mais partiellement en contact immédiat avec la couche de tissu fibreux qui histologiquement se trouve toujours contigu avec le tissu cellulaire des eanalicules.

Ces caractères tranehés sont certainement de nouvelles preuves que l'arthrophyte traumatique existe et peut être démontrée non seulement par son étiologie et ses symptômes, mais anatomiquement, histologiquement. Dans l'impossibilité de recourir à ces preuves, il suffira de s'en tenir à sa forme aplatie, à surfaee eonvexe. unie ou eoneave, irrégulière et déchirée, avec fissure, sans saillie ni éminenees pour la distinguer de la forme olivaire, polyédrique, en chou-fleur, aplatie ou mamelonnée, sans fissure et souvent effilée que revêt l'arthrophyte pathologique. La consistance eartilagineuse et souvent molle de eelle-ei eontraste d'ailleurs avee l'aspeet dur, osseux de eelle-là, dont l'unieité forme ordinairement une séparation marquée avec les arthrophytes multiples de la synoviale. Le traitement même et ses résultats eonfirment eette séparation. L'extraction amène une guérison rapide et durable, sans récidive dans la première, en raison même de l'isolement et de l'origine de l'arthrophyte traumatique; tandis que l'arthrite persiste et nécessite toujours un traitement ultérieur et souvent prolongé, à cause de l'état pathologique de la capsule, le séjour multiple et ordinairement prolongé des arthrophytes pathologiques, ce qui en entraîne souvent la récidive. (*Revue de chir.*, octobre.)

ASPHYXIE. *Bruit de galop du cœur droit.* En étudiant

cette nouvelle variété du bruit de galop dans les cardiopathies, le professeur Ad. d'Espine a reconnu qu'il est dû, comme le bruit de galop gauche, à une double contraction du ventricule. L'exagération de la tension pulmonaire en serait la condition *sine quâ non*. Il marquerait la lutte entre le ventricule droit et la tension dans la petite circulation. De là son nom de *galop de l'asphyxie*.

Il se produit à mesure que la respiration devient plus embarrassée dans les congestions pulmonaires ; son apparition durant l'anesthésie chirurgicale est ainsi un signe de gêne de la petite circulation et le premier degré de l'asphyxie. Un enfant, né dans l'asphyxie bleue, en offrit le type pendant quelques minutes, dès qu'il commença à respirer. On le produit même expérimentalement. Il a suffi de mettre le cœur à nu sur un chien curarisé pour l'entendre dès que l'on suspend la respiration artificielle. Il se produit quelques secondes après l'arrêt et se prolonge de même après la reprise de la respiration, comme l'épreuve en a été faite publiquement le 10 janvier dernier, dans le laboratoire de M. Marey. Il y a donc lieu d'en tenir compte dans l'asphyxie commençante. (*Revue de médecine*, janvier et février.)

Nouvel appareil respiratoire. Imaginé par M. Regnard, cet appareil, très ingénieux, permet de séjourner plus d'une heure dans des gaz irrespirables. Aussi a-t-il été adopté par la commission des mines et rendra certainement de grands services dans les nombreux accidents résultant de l'explosion du grisou dans les galeries profondes des mines. Il se porte sur le dos comme un sac de soldat, divisé en deux compartiments. L'un contient un sac de caoutchouc d'une capacité de quarante litres, rempli d'oxygène; l'autre, des tubes, avec de la pierre-ponce et de la potasse. C'est dans ce second compartiment que repasse l'air expiré pour se débarrasser de son acide carbonique; le sac de caoutchouc est mis en communication avec le porteur de l'appareil au moyen d'un tube muni d'un robinet qui s'ouvre à volonté.

Les avantages de cet appareil sur tous les précédents essayés jusqu'à ce jour sont d'être peu volumineux, et

surtout en état de fonctionner au premier besoin ; enfin, il peut servir pendant plus d'une heure, et les autres seulement pendant quelques minutes. *(Soc. de biologie,* avril.)

Asphyxie par submersion. Dans son service de secours à porter aux noyés sur les rives de la Seine, le docteur A. Voisin a remarqué qu'un asphyxié, guéri après être resté sous l'eau jusqu'à cinq minutes et parfois davantage, doit rester dans une atmosphère chaude pour éviter la pneumonie. Beaucoup d'asphyxiques guéris sont morts ensuite à défaut de cette précaution. Toute son attention s'est portée à obtenir ce résultat. Il a demandé, et avec succès, que des postes fussent établis sur les berges de la Seine et reliés entre eux par un fil électrique. Ces postes, gardés par des hommes exercés et initiés aux soins à donner aux asphyxiés, sont munis d'appareils spéciaux : table en bois lourde, coussin plat de cuir, coussin rond pour mettre sous la poitrine et la faire bomber, matelas à eau qu'on fait chauffer rapidement, matelas en varech qu'on place sur le précédent. Quand, par ces moyens, le noyé est rappelé à la vie, on le porte dans une salle spéciale chauffée et contenant un lit, des matelas et des couvertures de laine. L'asphyxié guéri devra séjourner sur ce lit, y dormir et y rester plusieurs heures, un jour même avant d'être reconduit à son domicile. C'est là, dit l'auteur, la condition essentielle pour éviter les suites fâcheuses de l'asphyxie par submersion. Chaque poste est, en outre, muni d'une ligne et d'une bouée de sauvetage. Il a renoncé complètement à l'insufflation pour n'employer que les mouvements mécaniques des bras et de la poitrine, et le spéculum laryngien.

Au lieu de 1 mort sur 2 asphyxiques comme autrefois, il y en a eu 4 seulement de 1875 à 1877 sur un grand nombre de noyés, et, sur 160 observés en 1881, il n'y a eu également que 4 morts. *(Congrès de La Rochelle.)*

ATAXIE LOCOMOTRICE. *Origine syphilitique.* Elle est battue en brèche par le docteur Abadie, qui, en sa qualité d'ophthalmologiste, fait un vrai procès de tendance à cette étiologie, malgré ses illustres parrains.

L'atrophie des nerfs optiques, qui est l'un des signes les plus constants de l'ataxie locomotrice vraie, se présentant souvent seule aux ophthalmologistes, comme l'affection la plus grave et incurable qui existe, il prétend juger de celle-là par celle-ci, comme ayant une origine commune. Or il n'a jamais pu trouver personnellement à l'attribuer à la syphilis, malgré ses minutieuses investigations, et l'a toujours trouvée rebelle à la médication spécifique, sous quelque forme que celle-ci fût administrée, en frictions comme en injections hypodermiques. Aucun succès n'en est connu, et il est démontré au contraire qu'elle aggrave le plus ordinairement cette atrophie optique spontanée.

Le traitement spécifique n'a d'ailleurs pas plus d'action curative sur ce symptôme dans l'ataxie confirmée. Ce n'est qu'au début, dans les formes frustres ou mal caractérisées, que, par l'extension illimitée donnée à ce mot d'ataxie ou de tabes dorsalis, on en a observé quelques effets. D'où il conclut que cette origine n'est rien moins que constatée, l'existence antérieure de la syphilis suffisant à faire diagnostiquer une ataxie devant un ensemble de symptômes douteux et la trilogie des douleurs fulgurantes, l'incoordination des mouvements et les troubles oculaires qui sont attribués légèrement à la syphilis, sur la simple affirmation d'un chancre antérieur. (*Gaz. hebd.*, nº 48.)

Telles sont les critiques méridionales que, en vertu sans doute de l'ancien adage : *Natura morborum ostendunt curationes,* et au nom même de la médecine exacte, on dirige contre des centaines d'observations cliniques, recueillies publiquement dans tous les pays et s'accordant invariablement sur ce point spécial.

Lésions nerveuses périphériques. En opposition avec ceux qui rapportent l'analgésie ou la paralysie locale, chez les ataxiques, à des lésions centrales, M. Déjerine a trouvé des altérations des nerfs cutanés sans relation de continuité avec les altérations des racines postérieures. Dans une autopsie très minutieuse, la racine postérieure était altérée en deçà du ganglion, et le segment de racines situé au delà était intact, avant le point

de jonction de la racine antérieure. D'où l'hypothèse que les lésions du nerf optique, chez les ataxiques, sont aussi des lésions périphériques primitives.

Mais M. Poncet lui oppose victorieusement les lésions suivantes trouvées à l'autopsie d'un ataxique, mort à Bicêtre, dans le service de M. Debove, et aveugle depuis dix ans. Dégénérescence graisseuse complète de la portion cérébrale du nerf optique. Vésicules incolores; granulations sans hypertrophie notable de la névroglie ni de ses cellules. Même dégénérescence dans la portion orbitaire, avec sclérose périvasculaire, sans hypertrophie des fibres de la névroglie ni de ses cellules. Dans la rétine, destruction des fibres du nerf optique et des cellules ganglionnaires. Plexus cérébral altéré dans sa couche moléculaire interne, tandis que toutes les autres couches externes étaient saines. C'est donc la confirmation que la cécité et l'atrophie optique des ataxiques sont dues à une origine nerveuse centrale, à une lésion parenchymateuse primitive. (*Soc. de biol.*, 18 février.)

Lésions du grand sympathique. En étudiant les ganglions de la chaîne sympathique chez les ataxiques avec M. Arthaud, le docteur Raymond a noté un épaississement scléreux de l'enveloppe du ganglion et des travées fibreuses, épaississement des parois vasculaires, pigmentation très prononcée des cellules, disparition totale d'un assez grand nombre de celles-ci, transformation granulo-graisseuse de beaucoup d'entre elles; les fibres de Remak elles-mêmes, pour la plupart, sont malades, pigmentées, avec prolifération malsaine, et, en beaucoup de points, complètement atrophiées. Les altérations des ganglions du grand sympathique, chez les ataxiques, ont une grande importance, au point de vue de l'explication de bien des phénomèmes considérés comme réflexes. (*Soc. de biol.*, juillet.)

Diagnostic. En groupant 31 cas observés en trois séries, d'après l'incoordination des mouvements, suivant qu'elle était très marquée, faible ou nulle, le docteur Ormerod a constaté que l'état de la pupille est un signe

plus constant au début que les douleurs fulgurantes. Elle se contracte ainsi normalement pendant l'accommodation, tandis qu'elle est uniforme sous l'influence de l'excitation produite par la lumière. La contraction peut même faire défaut pendant l'accommodation. Si ce symptôme était aussi constant dans la période prémonitoire que l'absence du réflexe rotulien à la période d'état constatée dans tous ces faits, ce serait un précieux secours pour le diagnostic. (*London med. Record*, mai.)

Incontinence d'urine. Elle serait un signe précurseur de l'incoordination ataxique, quand elle survient sans cause appréciable chez une personne en bonne santé. Le docteur W. Hammond l'a vue précéder de plusieurs semaines et même de plusieurs mois les premiers troubles du mouvement. Tel était le cas d'un homme de trente-cinq ans, traité exclusivement pour cette incontinence. Elle était symptomatique, au contraire, d'une paralysie du sphincter vésical, sans aucun trouble de la marche. Mais bientôt après survinrent les douleurs fulgurantes et l'incoordination caractéristique. Sous l'influence d'un traitement par l'ergot de seigle et la belladone, le sphincter vésical reprit un peu d'énergie, et une amélioration notable se produisit. (*Med. gaz. of New-York.*)

Accidents apoplectiformes. A l'instar de ceux qui surviennent dans la sclérose en plaques et dans la paralysie générale, il se manifeste des vertiges, étourdissements, perte de connaissance même, provoquant des chutes ou forçant le malade à chercher un appui. Des paralysies ou parésies, de siège, d'étendue et de degrés variables, se montrent isolément, ou avec les crises épileptoïdes, ou à l'occasion de l'asphyxie déterminée par les crises laryngées. Ces symptômes sont indistinctement prodromiques et se montrent aussi bien dans les périodes initiales que pendant la maladie comme à la fin, en déterminant la mort.

35 observations recueillies à ces différentes périodes par M. Lecoq montrent l'importance de leur diagnostic. Ce n'est plus à la syphilis, l'hystérie, l'alcoolisme qu'ils

peuvent être rapportés, mais bien plutôt à une complication cérébrale quelconque. Telle est la conclusion de l'auteur, lorsque leur gravité et leur durée déterminent l'hémiplégie, la paralysie permanente, l'aphasie ou l'épilepsie jacksonienne.

Le traitement déjà préconisé consiste dans l'emploi du seigle ergoté, l'hydrothérapie, la faradisation ou les courants continus et les injections sous-cutanées d'ergotine. Après tous les moyens spéciaux de calmer les phénomènes apoplectiformes ou convulsifs, la douleur ou l'hyperthermie réflexe, les capsules de térébenthine, six à douze par jour, sont particulièrement recommandées. (*Soc. de biol.*, décembre 1881, et *Revue mens. de méd.*, juin.)

Mal perforant du pied. Considéré comme idiopathique dans les contrées où il est endémique, ce mal, en se montrant au début d'affections nerveuses graves, comme l'ataxie locomotrice et la paralysie générale, n'en serait qu'une trophonévrose symptomatique et un prodrome de ces affections. (Voy. *année* 1881.) Un nouvel exemple en est ainsi relaté par M. Morer, d'après l'observation du docteur Christian, à la maison de Charenton, sur un homme de quarante-trois ans, arrivé à la fin de 1881. On constate un gonflement violacé œdémateux de toute la région du premier métacarpien et du gros orteil du pied droit, s'étendant sur le tarse, le cou-de-pied et la jambe. Les tissus sont mous, tendus, infiltrés et ont une dureté ligneuse au siège même du mal. Un orifice existe à la face plantaire du premier métatarsien, au milieu d'une zône jaunâtre d'épiderme induré. Les bords en sont tranchants, taillés comme à l'emporte-pièce, avec écoulement de pus mal lié, peu abondant, sans odeur et particulièrement fétide. Un stylet aboutit à une cavité étendue, sur une surface osseuse, dénudée, rugueuse, grande comme une pièce d'un franc. Traité comme un simple bobo depuis le début, ce mal n'a cessé d'augmenter.

Pendant un mois, cet homme, qui avait abusé de tous les plaisirs, perdit complètement la raison, avec accès maniaques et délire agité. L'amélioration survint bientôt,

et il se maria, mais pour voir survenir en quelques mois les accidents de la paralysie générale. La parole est embarrassée, la vue s'affaiblit; exagération des fonctions affectives, irascibilité, bizarreries, douleurs fulgurantes de l'ataxie, tressaillements et secousses des membres; la vue des pieds est indispensable à la marche.

Quatre cas semblables ont déjà été publiés. Dans le premier, le mal perforant existait depuis deux ans, au début de la paralysie générale; dans le second, les phénomènes ataxiques firent découvrir un mal perforant du gros orteil gauche, et le même mal avait préexisté à droite l'année précédente. C'est également dans l'ataxie locomotrice que M. Hanot a relaté deux cas de mal perforant. (*Soc. de méd. de Paris*, et *Gaz. hebdom.*, nº 30.)

Un exemple en a été observé depuis par M. Trèves à *London hospital*, sur une cuisinière célibataire, de trente-neuf ans. Après un durillon suppuré du gros orteil gauche remontant à cinq ans, ayant mis un an et demi à guérir, un ulcère perforant apparut aussitôt sur la tête du métatarsien du second orteil, précédé d'un durillon, suivi d'un abcès. Celui-ci guéri récidiva bientôt et à plusieurs reprises, si bien que l'amputation de Chopart fut pratiquée pour permettre à cette femme de reprendre ses occupations. Six semaines après sa sortie de l'hôpital, alors que le moignon était ferme, un nouvel ulcère perforant apparut sur la tête du second orteil du pied droit, précédé, comme les autres, d'un durillon suivi d'un abcès ; puis le moignon du pied gauche fut également envahi de la même manière.

De là deux ulcères alleux circulaires, entourés d'un épiderme corné avec sinus profond et suppurant du moignon. Depuis sept semaines, la malade a perdu son équilibre et est tombée plusieurs fois en marchant. Ataxie marquée des membres inférieurs, au point de ne pouvoir marcher seule et sans regarder ses pieds. Absence de réflexe tendineux des deux côtés, avec anesthésie inégalement disséminée, sans sueurs des pieds. Immobilité des pupilles à la lumière ; vue normale sans strabisme ni rien au fond. Douleurs fulgurantes, sans troubles gastriques, ni névralgies, ni faiblesse des sphincters. Les manifestations ulcéreuses des pieds ont donc précédé

bien évidemment les symptômes ataxiques, et les récidives opiniâtres de ces ulcères, au point de pratiquer l'amputation, montrent plus qu'un effet local, comme l'auteur le prétend, en n'admettant pas que ce soit là le véritable ulcère perforant. (*Lancet*, 21 octobre.)

Chute des ongles. Chez un malade de trente-cinq ans, entré à l'Hôtel-Dieu annexe pour des douleurs prédominantes du côté gauche, sans caractère fulgurant, et qui plus tard présenta des douleurs viscérales et anales, puis des troubles de la vue et des douleurs vives dans la sphère de distribution du nerf cubital gauche, le docteur Roques observa de l'anesthésie plantaire, sans aucune incoordination des mouvements. De plus, ce malade était syphilitique et portait encore la cicatrice du chancre.

Les phénomènes intéressants de cette observation ont eu pour siège les ongles des deux gros orteils et ont débuté deux mois avant par une douleur analogue à un broiement. Les deux orteils ont augmenté de volume, et, trois jours après, leurs ongles présentaient une coloration noirâtre, due à une ecchymose sous-unguéale. Il en résulte qu'une traction peu intense suffirait pour enlever ces ongles, surtout à gauche, où les lésions prédominent.

Il n'existe guère dans la science que trois faits semblables, dont l'un se trouve consigné dans la thèse de M. Joffroy; les deux autres, publiés par M. Pitres, étaient sans ecchymose. Dans ces trois cas, la chute des ongles a été plus rapide que chez le malade précédent et s'est accomplie en quinze jours environ. Quelle explication donner à ces faits?

L'absence de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs empêche de les attribuer à des troubles nerveux. La théorie mécanique de la richesse vasculaire de la matrice de l'ongle la prédisposant à des effusions sanguines de cause nerveuse, ou celle de l'anesthésie du pied masquée par un traumatisme inaperçu, est infirmée par les faits contraires de M. Pitres. M. Joffroy les attribue donc à un trouble trophique, comme on en trouve tant dans les lésions du système nerveux. Au reste, cette chute des ongles n'a pas été observée que dans l'ataxie.

On l'a notée après une hémorrhagie cérébrale qui avait laissé à sa suite des phénomènes douloureux dans les orteils, de l'équinisme du pied et des troubles de nutrition de la peau, chez un malade de quarante ans. Il existe encore une autre observation de chute des ongles chez un diabétique. Des lésions variées du système nerveux peuvent donc y donner lieu. (*Soc. méd. des hôp.*)

Chute spontanée des dents. Deux observations du docteur E. Demange viennent de confirmer anatomiquement l'interprétation donnée de ce phénomène par M. Vallin. (Voy. *année* 1879.) L'examen histologique du bulbe a montré une sclérose étendue se prolongeant notamment à la racine ascendante du trijumeau. Des coupes prises sur le trajet des trijumeaux, immédiatement à la sortie de la protubérance, décelaient la sclérose d'un grand nombre de faisceaux nerveux, avec disparition de la myéline; une gangue conjonctive, se colorant par le carmin, étouffait les cylindres-axes, tandis que certains faisceaux nerveux étaient sains. Une névrite scléreuse est donc bien la cause de cette chute. (*Revue de méd.*, mars.)

Il est étonnant et regrettable que ces faits ne soient pas corroborés par la négation de ces lésions dans d'autres cas d'ataxie sans altérations des maxillaires. C'est une confrontation nécessaire, et elle préciserait et doublerait la valeur de ces observations en les rendant incontestables.

Des altérations constatées par M. David, dentiste, expliquent cette chute par une modification rapide de la partie antérieure de la couronne de presque toutes les dents. La substance altérée prend la consistance d'un bois tendre et une coloration rougeâtre, quoique l'émail persiste avec son poli, mais sans dureté. Le bulbe était atrophié dans la plupart des dents antérieures.

Ces altérations ne ressemblent à la carie ni par leurs caractères ni leur marche; il faut les attribuer à l'état général et aux troubles trophiques déterminés par la lésion médullaire, comme celles des ongles. Leur cause

locale immédiate est un trouble fonctionnel ou une lésion de la pulpe dentaire, qui reflète l'état des cordons postérieurs. (*Congrès de La Rochelle.*)

Elongation des nerfs. Son efficacité est maintenant regardée comme douteuse. Elle n'est souvent que passagère. Une amélioration notable s'est ainsi produite chez une vieille ataxique après l'élongation du sciatique, faite par le docteur Larger, sous le chloroforme, par des tractions douces et soutenues jusqu'au craquement dans les deux sens; mais les douleurs ont bientôt reparu. Le seul avantage obtenu après deux mois, c'est que les douleurs, réfractaires à la morphine avant l'élongation, en sont maintenant calmées. (*Soc. de chir.*, mars.) Voy. Nerfs.

Deux des pathologistes les plus compétents, Bernhardt et Westphal, ont déclaré ne pas connaître un seul cas de guérison, ni même une amélioration définitive par ce moyen, en rappelant que la marche très lente et les rémissions spontanées de cette affection suffisent à expliquer l'effet essentiellement moral et passager d'une opération saisissante comme l'étirement. Des malades présentés qui l'avaient subi, étaient dans un état moins qu'encourageant à le répéter. (*Revue de méd.*, juin.)

A l'appui de cette critique, l'analyse de 26 cas allemands montre combien cette pratique est irrationnelle. Le professeur Leyden, tout en signalant une sensation de mieux être dans les extrémités de ses opérés, a constaté aussi peu de temps après une diminution de la motilité et une aggravation de leur état quant à la marche. Elle s'est heureusement arrêtée après un certain temps, et une certaine amélioration de la douleur en ceinture et de l'anesthésie de la plante des pieds rend la marche à peu près égale à ce qu'elle était avant l'élongation. Celle-ci doit donc être abandonnée. (*Idem*, octobre.)

AUSCULTATION. *Glou-glou pleural* et *Tympanisme sous-claviculaire*. Voy. Epanchements.

Auscultation de l'œil. Voy. Ophthalmologie.

C

CALCULS. *Etiologie parasitique.* Par un effet singulier des doctrines régnantes, voici que l'origine des calculs vésicaux est attribuée à un parasite. C'est au *distoma hematobium*, qui se rencontre communément dans les urines des fellahs égyptiens et déterminant une hématurie spéciale, que le docteur Zancarol, chirurgien de l'hôpital d'Alexandrie, attribue la fréquence de la pierre chez ces malheureux indigènes des classes inférieures de l'Egypte. Il est exceptionnel de ne pas rencontrer dans les urines de ces calculeux la présence des œufs de ce parasite à sexe distinct, découvert en 1857 par Bilharz. L'eau du Nil, que le fellah boit sans la filtrer, paraît le véhicule de ce nématoïde, car l'Européen qui la filtre est indemne de ce ver et beaucoup moins atteint de la pierre. (*Revue de chir.*, août.)

Telles sont les raisons invoquées en faveur de cette étiologie parasitaire. Que les œufs de cet entozoaire, d'une abondance prodigieuse, s'accumulent dans les veines porte, mésaraïques, hémorrhoïdales et vésicales, comme on l'a constaté dans le sang, comment admettre qu'ils ne ne soient pas retenus, arrêtés dans les reins et n'y forment pas plus tôt des calculs que dans la vessie? C'est donc plutôt par leurs débris et les cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, que le microscope constate dans ces œufs, que cette formation s'explique rationnellement.

Calculs rénaux. Leur présence, lors même qu'ils sont très volumineux, peut ne donner lieu à aucun symptôme permettant de les diagnostiquer pendant la vie, au moins à un certain âge. Un invalide de soixante-huit ans entra à l'infirmerie de l'hôtel, le 26 mars, service de M. Vincent, pour une bronchite, et c'est seulement pendant le traitement que des troubles urinaires se manifestèrent avec douleurs dans le bassin. A une petite tumeur dure, indolente, sur le dos du pénis, s'ajouta, par la palpation de l'abdomen, une tumeur dure, globuleuse,

située à 4 ou 5 centimètres au-dessus du pubis. La mort, survenue le 8 août, découvrit une altération du rein droit dont l'uretère et le bassinet étaient très dilatés. Il s'écoula de celui-ci environ 300 grammes de pus jaunâtre, liquide, non grumeleux en l'ouvrant. Un énorme calcul pesant 48 grammes fut rencontré en outre dans le bassinet et les calices du rein gauche. Il était friable et composé en grande partie de phosphates ammoniaco-magnésiens. Cette pyélo-néphrite calculeuse ne s'était décelée par aucune souffrance pendant la vie. (*Courrier méd.*, nº 42.)

Néphrolithotomie. Quatre cas en ont été relatés à la Société clinique de Londres, dans la séance du 26 janvier, deux hommes jeunes et deux femmes. La dernière seule, âgée de cinquante-six ans, mourut aussitôt après l'opération, sans qu'aucun calcul fût rencontré. Il ne s'en trouva que deux ou trois petits fragments dans les calices à l'autopsie. La fréquence de cette taille directe du rein montre l'utilité de signaler les principales particularités de ces faits.

Dans le premier, observé par M. Beck, le calcul ne put être senti par le toucher direct du rein, quoique le malade souffrît depuis douze ans de tous les symptômes calculeux, sans qu'aucun remède ait pu le soulager. Une aiguille fine portée sur une pince à torsion servit de stylet pour reconnaître le calcul. Une ponction fut faite avec le bistouri, et une hémorrhagie abondante s'ensuivit; mais la pression d'une éponge suffit à l'arrêter en une minute. La plaie, dilatée avec une pince, permit de sentir le calcul sans pouvoir le saisir; le doigt fut nécessaire. Composé d'acide urique, il pesait 29 grains et avait toute la forme d'un calice. Cinq semaines après, l'opéré était guéri.

L'aspect caliciforme du calcul, quoique siégeant dans le bassinet, semble avoir une certaine valeur symptomatique. Pendant longtemps, la douleur n'était provoquée que par la marche, sans fréquence de miction; tandis que dans une dernière période et tout à coup, un an avant l'opération, tous les mouvements étaient sensibles avec miction très fréquente et une hématurie

profuse. La présence du calcul dans les calices serait donc décelée par les premiers symptômes permettant d'attendre son enkystement; tandis que les seconds, indiquant sa descente dans le bassinet, rendraient la néphrolithotomie immédiatement indispensable.

Des douleurs névalgiques testiculaires se dirigeant dans le flanc droit tourmentaient l'opéré de M. Butlin depuis dix à douze ans, avec accès d'une durée de deux à trois heures, sans aucune hématurie. Le rein droit, quoique sain en apparence, contenait un calcul d'oxalate de chaux, qui fut enlevé le 5 octobre 1881. Aussitôt les douleurs cessèrent, et, trois mois après, l'opéré quittait l'hôpital Saint-Barthélemy, en parfaite santé.

La première opérée de M. W. Haward à l'hôpital Saint-Georges souffrait depuis longtemps de coliques néphrétiques et avait rendu des graviers sept ans auparavant. La douleur abdominale du côté gauche était si intense qu'elle ne pouvait être explorée. Le calcul ne put être senti dans le rein gauche que par l'éthérisation. Le rein découvert, un bistouri fut plongé dedans, et le doigt perçut aussitôt une pierre dure dans le bassinet, qui fut enlevée sans grande difficulté avec de petits fragments. Elle était phosphatique et pesait 47 grains. Quatre mois après, l'opérée quittait l'hôpital, malgré une fistule persistante et des urines encore purulentes.

Ces trois succès, en se rencontrant chez de jeunes calculeux, tendent à montrer que l'âge est une condition considérable de cette opération, car les insuccès s'observent surtout chez les vieillards. (*Lancet*, 4 février.)

Un exemple bien plus remarquable a été présenté à la Société médicale de Suffolk, le 25 mars dernier, par le docteur Ingallo. La néphrolithotomie fut pratiquée par lui, en 1873, sur une femme de trente-un ans, qui souffrait de la miction depuis 1859 et qui avait été soumise le 4 mai précédent à une incision exploratrice ayant donné du sang et du pus sans déceler de calcul. C'est six mois après que, les accidents étant devenus aigus et menaçants, la fistule persistante fut agrandie. Après de longues investigations digitales, l'index découvrit une tumeur qui, incisée, donna issue à huit onces en-

viron de liquide d'une apparence identique à celui qui s'écoulait de la fistule depuis six mois. Deux calculs furent ensuite extraits, dont le poids total s'élevait à 41 grammes environ. La malade, qui avait refusé l'excision du rein, eut à endurer pendant deux années un écoulement abondant et continu, que du linge, une éponge à demeure servirent d'abord à absorber. Un appareil à réservoir fut ensuite placé et sert depuis huit ans à recueillir ce liquide urinaire, en si grande quantité qu'il doit être vidé toutes les deux heures. Mais, sauf cette infirmité, l'opérée jouit depuis d'une santé tolérable, qui fait considérer cette opération comme un grand bienfait. (*Boston med. and surg. journal*, n° 21.)

Lithiase biliaire. *Diagnostic avec l'aiguille.* Chez un vieillard de 76 ans, devenu cachectique avec ascite, augmentation du foie, distension de la vésicule biliaire, formant une tumeur grosse comme le poing, le docteur James Wittaker, hésitant entre un cancer du foie et la rétention biliaire par calculs, établit son diagnostic de la manière suivante : Ponctionnant la vésicule biliaire avec une seringue de Pravaz, il prit la plus fine aiguille de l'aspirateur Dieulafoy pour l'explorer. Il perçut alors nettement le contact d'une pierre, et, cette exploration répétée ayant donné le même résultat, la cholécystotomie fut pratiquée, et deux calculs furent extraits, pesant chacun de 7 à 8 grammes. Trois autres pierres plus petites, fixées dans le canal cystique, furent extraites ensuite. L'opéré succomba le lendemain. Sans être nouveau, le moyen est du moins original. (*New-York med. Record.*)

Coliques hépatiques. Elles sont parfois l'indication d'une mort subite, comme dans l'exemple suivant, rapporté par le professeur Brouardel. Une femme de trente ans, bien constituée, après une course rapide pour monter en chemin de fer, but un verre de sirop de groseille et d'eau de Seltz et, quelques minutes ensuite, fut prise dans le wagon de douleurs abdominales extrêmement violentes. Arrivée à destination, elle ne put même aller jusque chez elle et entra dans un hôtel, où un mé-

decin appelé diagnostiqua une colique hépatique, annonçant que les accidents ne seraient probablement pas de longue durée. Cependant, après quelques alternatives de crises et d'accalmies relatives, la malade succomba brusquement dans la nuit, dix heures après les premiers symptômes éprouvés. En raison des circonstances anormales de ce décès, l'autopsie judiciaire fut faite, cinq jours après la mort. M. Brouardel trouva seulement comme lésions un calcul peu volumineux dans le canal cholédoque, 61 calculs dans la vésicule, un œdème sous-muqueux considérable du duodénum et du jéjunum et une hémorrhagie infiltrant uniformément le parenchyme du pancréas. L'analyse chimique démontra en outre qu'il ne pouvait être question d'un empoisonnement, comme quelques personnes en avaient émis l'idée.

La mort, dans ce cas, devait donc être attribuée à la colique hépatique. Or les faits de ce genre sont très rares et mal connus, bien que presque tous les auteurs semblent accepter la possibilité de cette terminaison brusque. M. Charcot, notant l'abaissement constant du pouls dans la colique hépatique, l'attribue non à la violence de la douleur, qui bien souvent n'est pas excessive, mais à une action réflexe déterminée par l'irritation des ganglions semi-lunaires et retentissant sur le pneumogastrique. Le ralentissement du pouls peut aller ainsi jusqu'à la syncope mortelle.

Toutefois les faits de mort subite et rapide, sans perforation ou autres complications, sont très rares. Portal cite cependant deux cas dans lesquels les malades moururent au milieu d'une violente colique hépatique. Curry et Boudet ont rapporté deux faits analogues. M. Durand-Fardel en signale un semblable chez une femme âgée; enfin, M. Charcot en a emprunté un au *Medical Times* concernant une femme de trente-trois ans qui avait eu plusieurs coliques et des syncopes. La mort eut lieu seize jours après le début des accidents. Ces faits constituent à peu près tous ceux de ce genre rapportés dans la littérature médicale; ils diffèrent à certains égards de celui de M. Brouardel, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique. Toutefois, sous le rap-

port médico-légal, il était intéressant d'appeler l'attention sur une cause de mort subite jusqu'à présent mal connue. (*Ann. d'hygiène et de méd. légale.*)

CANCER. *Zone suspecte.* Dans toute tumeur maligne, a dit le professeur Verneuil, cette zone s'étend des lymphatiques efférents jusqu'aux ganglions correspondants. Là se produisent les récidives, et il faudrait pouvoir l'enlever toujours. Dans l'impossibilité de le faire sur les membres par les délabrements que cela entraînerait, on se borne à l'exécuter pour les cancers du trone, notamment celui du sein : d'où la règle admise aujourd'hui d'enlever les ganglions de l'aisselle, même lorsque l'exploration clinique la plus minutieuse n'a pas permis de les reconnaître par l'engorgement dont ils sont le siège. Trois observations recueillies par le docteur Kirmisson lui ont montré après l'ablation que ees ganglions, variant de 5 à 6, n'en étaient pas moins envahis.

D'où la nécessité de faire le sacrifiee de cette zone suspecte en prolongeant l'incision jusqu'au sommet de l'aisselle. (*Soc. de chirurgie*, décembre 1881.)

Mais eomment enlever eette zone suspecte d'autres foyers cancéreux, eelui de l'utérus entre autres, alors qu'il est impossible de reconnaître même au mieroscope le processus caneéreux du tissu cellulaire et des voies lymphatiques environnantes? C'est pourquoi la réeidive est si rapide qu'il semble que les femmes opérées aient survéeu moins longtemps que si la maladie avait été abandonnée à elle-même.

Injections interstitielles d'acide acétique. Voy. INJECTIONS.

Régime alimentaire des cancéreux. La prédominance des phosphates alcalins et terreux et la quantité surabondante de eholestérine, de léeythine et même d'albumine dans les sécrétions des caneéreux ont conduit le docteur Beneke à diminuer autant que possible l'azote, les sels et l'acide phosphorique dans leur alimentation. L'assoeiation fréquente des calculs biliaires avec le cancer prouve eette activité du foie.

Si la proportion des principes constituants des cellules varie suivant leurs qualités, celles du cancer et surtout du cancer médullaire, comme les cellules épithéliales, sont relativement riches en cholestérine et en lithine. L'alimentation riche en albumine et combinée avec de grandes quantités de phosphates alcalins et terreux ne peut donc que favoriser le développement des éléments de ces substances. Il est nécessaire de composer le régime de manière qu'il en contienne le minimum. L'alimentation par le vin et le thé peut remplir cette indication d'après le régime suivant :

Premier déjeuner : Thé noir sucré avec beurre et cacao ; très peu de pain, avec pommes de terre et beurre.

Déjeuner : fruits secs et cuits avec quelques gâteaux ; un peu de pain et un verre de vin.

Dîner : Potage au maïs, 30 grammes de viande, pommes de terre et légumes, salade. Vins du Rhin, de la Moselle et de Champagne, sans bière, à cause des sels alcalins qu'elle contient. Une tasse de thé noir avec sucre ou lait, au lieu de café. Un peu de pain et fromage, fruits et gâteaux secs.

Cène : Potage au riz ou aux légumes, sardines en petite quantité, anchois, harengs frais et vin léger.

La proportion des aliments azotés, qui dans le régime ordinaire se trouve de 1 à 5 avec les aliments non azotés, descend au contraire de 1 à 8 ou 9 avec ce régime. Les matières inorganiques sont principalement combinées aux matières organiques et en petite quantité sous la forme de phosphates.

Etudes sur le cancer, par le docteur Bougard, ancien professeur à l'Université de Bruxelles, etc. Un volume grand in-8° de plus de 900 pages; Bruxelles et Paris, 1882.

Beau et imposant volume, représentant une œuvre considérable, dont le titre générique n'exprime pas suffisamment la nature. On pourrait y chercher des expériences, des analyses chimiques ou microscopiques et même un microbe quelconque, suivant le goût du jour. Rien de pareil ne s'y rencontre, et, s'il fallait caractériser ces *Études*, nous les appellerions simplement bibliographiques ou

historiques sur les différentes questions pratiques afférentes au cancer. Et pourtant l'unique but de l'auteur a été évidemment de prouver la localisation du cancer au début, l'absence de diathèse et la supériorité des caustiques sur l'instrument tranchant pour l'enlever : ce qui est établi littéralement par des sous-titres et l'ouvrage tout entier.

Pourquoi donc un si gros volume à cet effet ? L'auteur a voulu montrer qu'il connaissait son sujet, et, en interrogeant les innombrables auteurs qui en ont traité, il a pris des notes de ci de là qu'il cite beaucoup trop amplement. C'est toujours l'opinion des autres qu'il choisit plutôt que la sienne, pour les approuver ou les réfuter, en les opposant l'un à l'autre et les mettre en contradiction entre eux ou les confondre réciproquement. Les noms de Velpeau, Lebert, Broca, Virchow, Billroth et tant d'autres reviennent ainsi à chaque page pour ou contre. Localisateur avec la plupart des organiciens de son époque, Velpeau, proclamant la localisation primitive et la curabilité du cancer, est sans cesse loué, encensé, canonisé presque, excepté comme opérateur, tandis que l'œuvre et la doctrine de Lebert et de Broca, diamétralement opposées, sont non pas discutées, critiquées, mais anathématisées. A quoi bon, quand ces célèbres auteurs modernes sont connus universellement du public médical et peuvent être consultés avec bien plus de profit dans leur texte même ? Il suffisait d'en faire mention.

C'est en invoquant sans cesse par de longues citations les témoignages des différents auteurs qui ont écrit sur le cancer et en les rappelant quant à la définition, l'histoire, l'unité, l'origine, l'étiologie, la nature, la dégénérescence, la contagion, la localisation, l'infection, la spécificité, la malignité et la récidive du cancer, son diagnostic, son pronostic, sa nomenclature, sa statistique et surtout son traitement, en général, — formant autant de chapitres séparés et distincts, au nombre de 29 et entremêlés de 88 histoires de guérison, — que l'auteur a réussi à composer un si volumineux ouvrage. Ce n'en est là en effet que la première partie, contenant 415 pages de grand et petit texte, sans compter la série des cancroïdes, qui ne contient pas moins de 45 pages et 26 ob-

servations. Il n'y a donc pas lieu d'en faire l'analyse.

La seconde partie est exclusivement consacrée au traitement, divisé en médical, chirurgical et caustique. La méthode et le procédé de l'auteur pour la préparation et l'application de son caustique élastique et adhérent ne viennent qu'ensuite, et c'est en y ajoutant 36 nouvelles guérisons aux premières qu'un total de 124 est obtenu de 1867 à 1879, attendant la consécration du temps pour affirmer les succès obtenus depuis.

Cette statistique incomparable est opposée victorieusement à toutes celles des chirurgiens, de Billroth en particulier. Les caustiques n'avaient jamais donné tant de succès. Et pourtant celui-ci n'est pas absolument infaillible. 127 récidives après son emploi, relatées comme les succès, en sont la démonstration. Mais cet aveu d'impuissance est atténué aussitôt par une simple explication : la généralisation du mal avant l'application du remède. La condition du succès est de l'employer à la première période du cancer. Et, si l'on oppose les nombreux insuccès de l'instrument tranchant à cette période, l'auteur répond que c'est parce qu'il ouvre aussi facilement la porte à la généralisation du mal, par la division des vaisseaux, que le caustique la ferme. C'est bientôt dit, plutôt que démontré. Voilà pourtant tout le secret du succès de cet agent merveilleux, joint à son mode d'application par couches successives renouvelées d'un jour à l'autre, jusqu'à la destruction complète du mal.

Une contradiction formelle de cette interprétation est la preuve même que l'auteur donne de l'authenticité irréfutable de ses succès : c'est la guérison immédiate, obtenue dans quelques cas, avec son caustique, après la troisième et même la quatrième récidive avec le bistouri. Très bien ; mais comment admettre que le cancer fût alors toujours à sa première période? C'est donc là une pure équivoque. Si des cancers restent longtemps localisés, ce ne sont ordinairement pas ceux qui récidivent même sur place.

Le fond de ce gros livre est donc aussi justiciable de la critique que sa forme même par trop exubérante. Il y a trop de répétitions. Qui veut trop prouver.... Une bonne vérité suffit à être dite une fois pour rester. 30 ob-

servations bien authentiques et probantes, recueillies cliniquement, serviraient plus à l'élucidation du sujet en question que les 350 histoires qui s'y trouvent relatées et figurées en tableaux synoptiques. Nul doute qu'il n'y ait des guérisons de vrais cancers; mais la plus grande partie n'en sont pas assurément. En opérant systématiquement tout avec son caustique, l'auteur en a fait un véritable antidote du cancer, comme autrefois l'arsenic et le cinabre qui entrent dans sa composition.

Carcinose miliaire primitive. Ce cancer particulier des vieillards, très rare et sans hérédité, apparaît sur les séreuses, le péritoine notamment, comme la tuberculose pulmonaire. Un petit nombre d'observations en sont connues et c'est pourquoi la suivante, recueillie par le docteur Raymond aux Incurables, offre un certain intérêt quant au diagnostic, car il n'est pas douteux qu'elle passe souvent inaperçue à cette période ultime de la vie.

Un homme de soixante-seize ans, n'ayant jamais été malade et dont les parents sont morts âgés, entre à l'infirmerie le 15 décembre 1881, après neuf ans de séjour à l'hospice des Incurables d'Ivry pour faiblesse de la vue. Sans avoir jamais souffert de l'estomac, ni vomissements, ni diarrhée, l'appétit diminue lentement, sans cause appréciable, avec dégoût de la viande et mauvaises digestions. Il maigrit, et, à l'examen, il a le ventre globuleux, comme les batraciens, avec veines dilatées à la surface. A la palpation, la main éprouve un tremblement comme en pressant une vessie remplie de matières gélatineuses. De petites nodosités, comme un pois ou un haricot, se sentent au creux épigastrique, les flancs et les fosses iliaques. Absence d'ascite, foie et rate à l'état normal, ainsi que les poumons et le cœur, sans sucre ni albumine dans les urines.

On soutient cet homme avec le lait, lorsque des accès fébriles intermittents se montrent; le sulfate de quinine les fait cesser. Mais l'amaigrissement et l'affaiblissement augmentent, sans aucun autre symptôme, et la mort survient un mois après.

L'autopsie montre du liquide séro-sanguinolent dans le péritoine, dont la surface est couverte de petites no-

dosités grosses comme une amande à un grain de chènevis. Injection uniforme du péritoine. Les nodosités sont arrondies, légèrement aplaties, d'autres allongées et comme pédiculées. L'aspect en est lisse et la couleur rougeâtre, sans ombilication. Rien à l'estomac ni aux autres organes. Les plèvres seules présentent des traînées de granulations grisâtres, lisses, comme celles du péritoine. C'était là la seule lésion appréciable, que l'examen histologique démontra être composée de cellules à très gros noyaux, rangées en séries linéaires, comme dans le carcinome des muqueuses.

Ces granulations constituent donc toute la maladie, à cette période de la vie où les fonctions organiques languissent avec un mouvement de décroissance qui rend leur accomplissement de plus en plus précaire. C'est aux signes observés chez ce malade qu'on peut la reconnaître. Il ne faut pas la confondre avec la péritonite ni les affections organiques de l'estomac par l'absence des vomissements. Soutenir les forces du malade est l'unique moyen de retarder la cachexie ultime. (*Archiv. de méd.*, août.)

Cancer du cardia. En se confondant souvent pendant la vie avec ceux des autres parties de l'estomac, et devant la difficulté d'en préciser le siège, il ne sera pas inutile de signaler les remarques cliniques faites par le docteur Hanot, à propos de deux cas observés à l'hôpital provisoire des Tournelles en 1881 : le premier sur un homme de peine de soixante ans, le second sur une ménagère de soixante-six ans, tous deux exempts d'hérédité connue et d'alcoolisme. Ils succombèrent l'un et l'autre de dix-huit à vingt-deux jours après leur entrée.

La dysphagie, symptôme des plus importants et presque constant, ressemble beaucoup à celle du rétrécissement de l'œsophage; mais la gêne de la déglutition se fait sentir bien plus bas que le gosier. Une sensation pénible, sinon une vive douleur, en résulte par le passage des aliments, dont le siège est fixé ordinairement à la pointe de l'appendice xyphoïde ou derrière le sternum.

Le cathétérisme n'indique souvent aucun obstacle, malgré cette dysphagie et une apparence cachectique ma-

nifeste. Ce n'est que par exclusion que l'on en peut fixer le siège exact. La tumeur est si profondément située qu'il est impossible de la constater au toucher.

L'enfoncement ou la dépression marquée du creux épigastrique est un bon signe, par la réduction, l'atrophie extrême que subit l'estomac réduit souvent à un cylindre analogue au gros intestin. L'appétit est pourtant moins troublé que dans le cancer des autres parties de l'estomac. La soif est ordinairement très vive vers la fin, en raison même de l'inanition. De là la marche rapide du mal.

Le cardia séparant la muqueuse de l'œsophage à épithélium pavimenteux de celle de l'estomac à épithélium cylindrique, on doit s'attendre à trouver deux formes d'épithéliomes, suivant que la lésion aura débuté en haut ou en bas. Les pièces anatomiques fournissaient en effet ces deux caractères différents. (*Archiv. de méd.*, octobre 1881.)

Cancer du pylore. *Gastro-entérostomie.* Nouvelle opération, exécutée par Wolfler, sur un homme de trente-huit ans, présentant depuis six mois dans la région pylorique une tumeur grosse comme un citron et mobile dans tous les sens.

Une incision exploratrice ayant montré le repli duodéno-hépatique et la tête du pancréas envahis par la néoplasie du pylore, l'excision n'en pouvait être faite. L'auteur établit une communication directe entre l'estomac et l'intestin grêle, afin de laisser les parties malades en repos. Une incision de 5 centimètres, pratiquée sur la face antérieure de l'estomac, à un travers de doigt au-dessus de l'insertion du grand épiploon, fut mise en rapport avec une incision semblable, faite sur une anse voisine de l'intestin grêle, le long de son bord opposé à l'insertion mésentérique, une anse de gros fil de soie jetée sur les deux bouts de l'intestin ayant prévenu l'issue de son contenu. Ces deux ouvertures furent réunies par des points de suture. Méthode antiseptique sans spray ni drainage péritonéal. Suites parfaitement simples et sans complication ni fièvre. Les vomissements ayant cessé, des aliments liquides, puis solides sont pris et

suivis de selles solides colorées en brun un mois après.

La même opération a été pratiquée dans un cas analogue par le professeur Billroth sur un homme de quarante-cinq ans; mais les vomissements bilieux persistèrent jusqu'à la mort, arrivée le dixième jour.

L'autopsie montra l'absence de péritonite. L'ouverture de l'intestin, située à 11 centimètres environ du duodénum, était solidement soudée à l'ouverture stomacale. Mais un éperon partageait l'orifice gastro-intestinal en deux moitiés inégales, dont la plus grande menait la bile et le suc pancréatique directement dans l'estomac : ce qui déterminait les vomissements. D'où l'indication de distinguer avec soin les deux bouts de l'intestin réunis à l'estomac et de recouvrir avec de l'estomac sain la plus grande partie de la lumière du bout afférent, afin que celle du bout efférent s'ouvre largement dans la cavité de l'estomac. (*Centralblatt für chirurg.*, nº 45, 1881.)

C'est en réséquant une portion elliptique de l'estomac ayant 12 centimètres dans son plus grand diamètre que le professeur Caselli put enlever, pour la première fois, en Italie, un cancer du pylore. Le diagnostic porté par le professeur de clinique médicale Maragliano était : « Dilatation de l'estomac avec formation de deux *diverticulum* dans la grande courbure. Sténose partielle de l'orifice pylorique par un néoplasme cancéreux. Oligœmie marquée. » L'opération fut pratiquée sans accidents remarquables, en dehors d'un léger choc survenu au début et qui dura deux heures. L'examen anatomique confirma l'exactitude du diagnostic.

L'opéré succomba le jour même, et son autopsie confirma la *réussite de l'opération*. L'estomac dilaté avait sa forme et ses dimensions physiologiques, et le duodénum, par des sutures exécutées avec une rare perfection, était solidement fixé à l'extrémité de la plaie de la grande courbure de l'estomac, avec lequel il correspondait exactement.

Cancer de l'iléon. Cet épithéliome cylindrique siège le plus souvent, d'après le docteur Ducastel, dans la portion terminale de l'intestin grêle, en vertu de cette loi pathogénique qui en favorise surtout le développement

au niveau de l'extrémité rétrécie des différents canaux de l'économie. L'étude du cancer dans le tube digestif confirme particulièrement cette loi. Le cancer du cardia siège ainsi à la fin de l'œsophage, duquel il participe évidemment par sa nature pavimenteuse. A la fin de l'estomac est le cancer du pylore ; l'épithélioma de l'S iliaque et du rectum, terminant l'iléon et le côlon, a été le plus fréquemment rencontré. L'immense majorité des cancers, sinon la presque totalité, occupent donc ce siège d'élection, et, s'ils peuvent se rencontrer dans d'autres points, c'est une véritable exception à cette règle.

Dans les cinq observations relatées et suivies d'autopsie, recueillies à la clinique de l'hôpital Necker, cet épithéliome siégeait ou à la fin de l'iléon ou à son union avec le côlon; la valvule de Bauhin ou iléo-cœcale étant envahie dans trois cas. C'est donc bien son siège de prédilection.

Ce n'est pas d'après un si petit nombre de faits que l'on peut en tracer les caractères cliniques, à moins de tenir compte des faits antérieurs. Le seul point nouveau de ce mémoire est sa localisation dans une étendue qui ne dépasse pas 5 à 10 centimètres. La mort arrive ainsi par obstruction ou par péritonite, sinon par cachexie, après une durée d'un an, si la complication de l'hémorrhagie ne l'avance pas.

D'où l'auteur infère, au point de vue du traitement, qu'il sera peut-être possible à l'avenir d'intervenir chirurgicalement par l'entérectomie, comme de récents succès semblent le présager; les huit colectomies faites sur des cancéreux ayant donné trois succès, il est bien permis d'espérer le même résultat de l'*iléonectomie*. (*Archiv. de méd.*, juillet.)

Cancer du rectum. *Rectotomie linéaire.* Entre les diverses méthodes applicables à cette affection : la dilatation, l'extirpation remplacée aujourd'hui par la colotomie, il en est une autre, due au professeur Verneuil, dont l'emploi est indiqué en dehors des précédentes. M. Trélat l'a bien mise en lumière dans le cas suivant :

C'était un homme de cinquante ans, atteint d'un épithélioma du rectum, dépassant les limites du doigt, avec

ténesme, diarrhée et douleurs très vives. L'état de dépérissement avoué où il était et sa faiblesse ne permettant pas de lui faire subir la colotomie, la rectotomie linéaire fut pratiquée, en remontant sur les côtés du coccyx. Quoique mourant lors de l'opération et paraissant n'y devoir survivre que quelques jours, cet opéré a encore vécu sept mois et demi. Les douleurs cessèrent comme par enchantement, le ténesme disparut, et le malade put vaquer à ses affaires, en se doutant à peine de la gravité de son affection. D'où la confirmation que, dans certains cas graves de cancer de l'extrémité inférieure du rectum, cette opération palliative donne parfois une survie plus longue que l'extirpation même.

Quand donc les tentatives de dilatation sont insuffisantes à remédier au ténesme et aux douleurs insupportables et que l'extirpation est inapplicable, la rectotomie peut encore être employée avec succès. Son exécution, généralement facile, est à peu près inoffensive avec le thermo-cautère. C'est une opération simple, sans danger et à la portée de tous les praticiens, comme s'il s'agissait d'un simple rétrécissement fibreux. Depuis qu'un certain nombre de cas confirment son innocuité, il est toujours permis de la pratiquer pour prévenir le phlegmon diffus du bassin constituant la complication la plus redoutable de cette coarctation. Loin de donner le coup de fouet classique à la maladie, en portant en plein sur le tissu cancéreux, elle supprime les causes d'irritation les plus actives : l'obstruction intestinale, la leucorrhée anale et les vives douleurs ; elle semble plutôt modérer l'évolution néoplasique et reste ainsi, à tous les points de vue, une méthode vraiment palliative. (*Soc. de chir.*, juillet.) Voy. COLOTOMIE LOMBAIRE.

Contribution à l'histoire du cancer de l'intestin, étiologie et anatomie pathologique. Thèse inaugurale, par le docteur Ernest Haussmann, préparateur du cours de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris. In-8 de 93 pages.

Cancer primitif du foie. Un homme entre à l'hôpital, le 23 février, avec une ascite assez considérable, dont le

début ne remontait qu'à une semaine environ. Urines rares, colorées en rouge foncé et briquetées. Bien portant jusqu'au mois de janvier, il avait été pris de quelques vomissements bilieux et pituiteux et avait maigri si rapidement qu'il avait perdu 25 livres de son poids depuis six semaines.

M. le docteur Sévestre crut à une cirrhose, et une ponction donna 10 litres de liquide citrin. La percussion pratiquée ensuite ne révélait aucune modification du volume normal du foie. L'épuisement s'accentua si vite que le malade mourut trois jours après.

L'autopsie montra un foie pesant 2 390 grammes, sillonné à sa surface de noyaux et de saillies linéaires, analogues aux productions cancéreuses. Au niveau du hile, un caillot oblitérait la veine-porte en se prolongeant dans ses ramifications, sans autre coagulation. La rate pesait 155 grammes. L'examen histologique établit qu'il s'agissait bien d'un cancer du foie. La pyléphlébite avait déterminé la mort. (*Soc. méd. des hôp.*, 10 mars.)

Cancer du sein. *Extirpation des ganglions axillaires.* Étendant la règle posée par Kocher d'enlever tous les ganglions sous-maxillaires dans l'extirpation de l'épithélioma lingual (Voy. *année* 1881), le docteur Kirmisson l'applique aux ganglions de l'aisselle dans l'amputation du cancer du sein. Tandis que Velpeau et la plupart des chirurgiens après lui les enlevaient seulement quand ils étaient engorgés, il les pédiculise et les lie en masse, en prolongeant son incision dans l'aisselle, dans tous les cas sans exception. Lors même que l'exploration clinique ne révèle aucun ganglion, ce nouveau procédé opératoire est de règle pour lui, comme mettant plus sûrement les malades à l'abri de la récidive. Il a pratiqué trois opérations de ce genre dans le service de M. Sée à la Maison municipale de santé. (*Soc. de chir.*, février.)

Si le premier, en France, il a consacré cette pratique, il ne saurait en réclamer la priorité. Gross, de Philadelphie, a depuis longtemps promulgué la doctrine que le carcinome du sein repullule surtout par les ganglions adjacents et il les enlève.

M. Sayre a rappelé le conseil d'Atlee de donner l'ar-

senic à l'intérieur après l'extirpation, dans l'espoir de modifier la tendance à la récidive. Il l'a suivi depuis longtemps et croit en avoir tiré bénéfice.

On cancer of the breast (sur le cancer du sein), par Thomas W. Nunn, chirurgien consultant de l'hôpital Middlesex. Un vol. in-4° de 230 pages, avec planches coloriées. Londres.

A juger de cette œuvre illustrée par les chiffres qui l'émaillent et les nombreuses citations d'auteurs allemands, français et anglais, dont la plupart ont vieilli, il est facile de prévoir que son auteur ne date pas d'hier. Elle paraît ainsi comme le résultat de toute une vie d'observations et d'annotations qui remontent au commencement de ce siècle. Elle est empreinte du caractère et de la forme statistique et bibliographique de cette époque, dont elle conserve l'esprit et les traditions. En tenant compte des données histologiques les plus récentes, ce livre a le rare mérite aujourd'hui de relier le présent au passé.

1300 observations cliniques recueillies à l'hôpital et 123 autopsies forment la base de cet ouvrage, avec le résumé de la célèbre discussion qui eut lieu à la Société pathologique de Londres sur ce sujet en 1874. C'est la première partie clinique et pratique. La seconde, pathologique et spéculative ou critique, est comme l'expression scientifique, l'extrait concentré de ces nombreux faits, dont voici quelques résultats :

Sur les 123 autopsies, les lymphatiques ont été trouvés envahis 73 fois, et la plèvre et les poumons y contribuaient ensemble ou séparément dans 52 cas. L'épanchement pleurétique a été souvent ainsi la cause de la mort.

Sur 268 cancéreux de la consultation externe de l'hôpital Middlesex, il y avait 157 cancers du sein et 47 de l'utérus, tandis que, sur 1 000 cancéreux internes de cet hôpital, 260 étaient atteints au sein et 380 à l'utérus. Sur les 159 amputations faites par le docteur Mason Warren aux Etats-Unis, il n'y avait que 59 cancers du sein. Dans le tableau des 520 cas de M. Sibley figurent 192 cancers du sein et 156 de l'utérus. Dans celui de

M. Paget, 276 cancers du sein figurent sur 500. D'où les fallacités de la statistique à ce sujet.

En Angleterre, les seins et l'utérus sont les organes les plus fréquemment atteints. En Allemagne, c'est l'estomac. L'ordre de fréquence en France est l'estomac, l'utérus, le foie, les seins, le rectum, la bouche et les testicules.

L'hérédité, qui peut être invoquée comme la principale cause de ces variations, n'a été que de 16 à 29 pour 100 sur 1 160 cas de la statistique actuelle.

On peut juger par ces extraits de la valeur du livre, qui forme ainsi une source précieuse de renseignements sur tout ce qui concerne le traitement de cette affection.

Cancer de l'utérus. *Hystérectomie.* Une femme de trente-quatre ans fut admise à l'hôpital Saint-Thomas pour une constipation opiniâtre et tous les signes d'une obstruction intestinale. L'examen découvrit une masse cancéreuse du col, avec une tumeur pressant sur le rectum. Une incision abdominale, pratiquée le 3 janvier par sir W. Mac Cormac, montra le bassin rempli par une masse charnue, adhérente, comprimant le rectum et cachant l'utérus et ses annexes. Une ponction de la tumeur donna issue à du pus fétide. Les adhérences furent détruites, et le kyste fut enlevé avec l'utérus et les ovaires. Un gros tube à drainage en T fut placé dans la cavité de l'abdomen, permettant de pratiquer de fréquentes irrigations.

Cinq jours après l'opération, la température s'élevant à 102°,6 F., avec des marques de suppuration de l'extrémité inférieure de l'incision abdominale, le chirurgien rompit les adhérences déjà établies entre les lèvres de la plaie, du pus s'échappa, et la cavité fut dès lors lavée, irriguée tous les jours avec une solution d'eucalyptus. Aussitôt, la température tomba à 99°, et le dixième jour l'état de l'opérée était assez satisfaisant pour espérer une prompte convalescence, sans aucune trace de péritonite. C'est donc là un nouvel exemple de l'innocuité de cette mutilation complète de la femme. (*Lancet*, n° 2.)

Cette opération radicale a pris une grande extension

en Allemagne dans ces derniers temps. De très nombreux travaux ont été publiés l'année dernière à ce sujet et la discussion survenue au Congrès international de Londres en a encore accru l'intérêt et l'actualité. On a discuté les indications et les méthodes opératoires, et c'est d'après les faits que ce traitement chirurgical doit surtout être jugé. La pratique de l'ovariotomie ayant conduit le professeur Freund (de Strasbourg) à formuler un procédé opératoire, de manière à exécuter méthodiquement l'ablation totale de l'utérus cancéreux par la voie abdominale, il s'agit de décrire l'opération qui porte son nom et dont voici les détails :

La cavité de l'utérus étant désinfectée préalablement avec l'acide phénique, et l'incision médiane du ventre étant faite avec toutes les précautions antiseptiques, on relève les intestins, et le corps de la matrice est traversé d'un fil ou mieux saisi avec la pince de Freund. Trois ligatures en masse et étagées sont placées latéralement de haut en bas pour oblitérer les vaisseaux. Le col de la vessie étant détaché, on ouvre le sommet du vagin et le cul-de-sac de Douglas en arrière, puis les ligaments étant coupés en dedans des ligatures, l'extirpation est complète.

Reste le pansement. Freund rapproche le péritoine par des points de suture dont les fils sont placés dans le vagin avec un tampon d'huile phéniquée. D'autres ont négligé ces sutures en drainant le péritoine par le vagin, pour éviter des péritonites septiques très fréquentes. 66 applications de cette méthode ont donné, d'après Ahlfeld, 49 morts et 13 guérisons, les autres cas ayant été incomplets ou récidivés. Mais la plupart des guérisons n'ayant été constatées comme telles que peu après l'opération ne peuvent être regardées comme définitives. (*Deutsch. med. Woch.*, 1880.)

La statistique postérieure de Kleinwaehter, comprenant 94 cas, ne compte plus que 24 succès opératoires. (*Wiener med. Press*, 1881.) Encore la même réserve est-elle à faire pour les guérisons que dans la précédente. La généralisation ordinaire du cancer de l'utérus ne permet de considérer comme guéries définitivement que les femmes observées au moins cinq années ensuite.

Cette mortalité élevée et la blessure fréquente des uretères dans cette opération ont conduit Czerny et Billroth notamment à exécuter l'extirpation totale par le vagin. Elle consiste, après avoir pris les précautions antiseptiques, à abaisser le col de l'utérus avec un fil, en incisant la muqueuse vaginale en rond. On ouvre à petits coups jusqu'au cul-de-sac antérieur ou postérieur, suivant les cas. Le doigt va chercher le fond de l'utérus et le fait basculer, en l'attirant dans la plaie. Les ligaments larges sont divisés en trois portions liées en masse. L'utérus extirpé, la plaie est lavée largement à l'eau phéniquée faible, et Billroth place un drain en T à branche horizontale dans le péritoine et verticale dans le vagin.

55 cas de cette opération ont donné 20 décès et 35 guérisons ; mais celles-ci, ne remontant qu'à quelques semaines ou quelques mois à l'opération, n'étaient pas exemptes de récidive. Elle est cependant préférable à la précédente, car le collapsus ni les hémorrhagies ne sont presque jamais une cause de mort; la péritonite l'a terminée le plus souvent, comme dans la première, et, malgré la tolérance bien établie de cette membrane, c'est encore là le plus grand danger. Brillamment exécutée par Billroth dans un cas exceptionnellement difficile, cette opération reste sans grand avenir, par la difficulté même du diagnostic du cancer utérin au début, seule époque où elle puisse être pratiquée avec quelques chances de succès. Même avec le microscope, ce diagnostic reste le plus souvent incertain, et l'extirpation de l'utérus est toujours une opération formidable avec l'une et l'autre méthode. Les résultats précédents, obtenus par les chirurgiens les plus habiles, en témoignent, quoique toutes les récidives ne soient pas connues. D'après un assistant de la clinique de Vienne, sur 6 cas remontant à dix-huit mois, un seul en était exempt. On peut donc se demander, en pareil cas, si le diagnostic était bien établi. Les plus grandes réserves sont dès lors à faire, et c'est dans les modifications sur les ligatures des parties latérales qu'il convient surtout d'appeler l'attention.

Hystérectomie partielle. Le cancer de la matrice commençant par la muqueuse, il semble difficile d'admettre qu'il reste localisé, limité à une partie quelconque de cet organe. Mais, comme la chirurgie n'a en vue que d'enlever les parties malades au début, Schrœder a imaginé de recourir à l'hystérectomie partielle, soit en la pratiquant par la voie abdominale, quand le corps est atteint, ou par le vagin, quand c'est le col. De là les variétés sus-vaginale et supra-vaginale, distinction bien allemande, comme on voit, autant que les opérations elles-mêmes.

L'observation ayant montré que cette néoplasie débute le plus souvent par le col, son ablation directe par le vagin est la plus fréquente. A la méthode simple de Lisfranc qui n'effeurait parfois que cette partie et dont les succès n'ont été que des erreurs de diagnostic, le chirurgien allemand ajoute bien des complications. C'est la désinfection préalable du champ opératoire. Une anse de fil est passée de chaque côté dans le col, aussi haut que possible au-dessus du mal, et, l'utérus étant attiré ainsi fortement en bas, le vagin est circulairement incisé, de manière à séparer facilement le col avec le doigt et la spatule. De nouvelles anses de fil sont ensuite passées au-dessus des premières, et l'on sectionne encore au-dessous d'elles. Ces fils servent à suturer l'utérus au vagin, comme les deux parois de celui-ci le sont ensuite. Un petit drain peut être placé en bas, quand le cul-de-sac postérieur du péritoine n'a pas été ouvert.

37 cas de cette amputation supra-vaginale auraient donné, d'après l'auteur, 4 morts immédiates, dont trois de septicémie, 17 récidives, 9 résultats inconnus et 7 guérisons. Mais une seule de ces sept femmes soi-disant guéries l'aurait été sept mois après l'opération. Des 4 applications par Czerny, il y avait eu trois guérisons et une mort; mais, des trois femmes prétendues guéries, l'une mourut bientôt de récidive, et une autre n'en valait pas mieux.

Les gynécologistes américains ayant une grande expérience de cette amputation partielle avec le galvano-cautère, ont abandonné cet instrument par les hémorrhagies réitérées et souvent mortelles qui s'ensuivent. Emmet,

Munde, Lusk, Pallen préfèrent les ciseaux ou le thermo-cautère pour l'ablation conoïde du col. Baker seul l'a fait de telle sorte que la base du cône répond à l'orifice interne et le sommet au fond de la cavité du corps. Toute la muqueuse en est ainsi enlevée.

Il est à peine nécessaire de signaler l'amputation sus-vaginale par la laparotomie pour la résection du corps seul de l'utérus. Outre que son application est relativement rare, elle a tous les dangers, sinon plus, que l'amputation totale, car Schrœder sectionne au-dessous du mal ou plutôt excise la muqueuse du col, par crainte de la récidive. Il l'a pratiquée 5 fois avec une mort et une récidive connue, et les 5 cas de Baum auraient donné cinq guérisons. Mais trois récidives connues ensuite montrent assez ce qu'il faut penser des autres.

L'hystérectomie totale, aussi bien que partielle, contre le cancer utérin, restera donc une intervention exceptionnelle, assimilable à l'excision du cancer du larynx, du pharynx et de l'estomac, dont les chirurgiens allemands ont presque le privilège que les autres nations paraissent de moins en moins disposées à leur disputer. (*Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège; Revue méd.*, n°s 20 et 21, et *Revue de chir.*, juin.)

Dans un mémoire sur le *traitement du cancer*, M. Polaillon réagit énergiquement contre cette pratique de l'hystérectomie sus ou sous-pubienne. Quoique, depuis Récamier, les perfectionnements opératoires modernes aient diminué la mortalité de cette ablation totale de l'utérus de 88 à 37 pour 100, le résultat final n'en reste pas moins déplorable, en laissant presque toujours une partie du mal. Les opérées qui échappent au traumatisme opératoire succombent le plus souvent à la récidive. Celle-ci étant activée ordinairement par l'opération, on se demande si la mort n'en est pas accélérée et si la survie que l'on cherche n'est pas une simple illusion. Il rejette donc cette opération radicale.

Il n'en est pas de même du cancer à son début, limité aux lèvres du col. L'amputation au-dessus des limites du mal peut amener une guérison, comme il en relate deux exemples, après la section avec l'anse galvanique, qu'il considère comme le meilleur procédé. (*Acad. de méd.*, sep.)

CÉPHALÉMATOME TARDIF. La découverte de cette nouvelle espèce est due au professeur Gosselin par l'observation d'un garçon de dix-sept ans portant sur le pariétal droit, à 3 centimètres de la ligne médiane, une tumeur arrondie, mollasse, grosse comme une noix, un peu dépressible et comme fluctuante. Une sorte de bourrelet circulaire, analogue à certaines bosses sanguines, comme le céphalématome des nouveau-nés, existait à la périphérie; mais l'absence de douleur, même à la pression, en était la différence. Depuis deux ans à peine qu'elle avait été découverte par le jeune homme en soignant sa chevelure, aucune cause traumatique ne pouvait être invoquée. La mère n'avait jamais rien observé de semblable à l'époque de la naissance ni pendant la première année. Cependant elle grossissait, et c'est par crainte d'un volume apparent que l'on en demandait la nature.

Bien que cette tumeur parût communiquer avec l'intérieur du crâne, aucune pulsation isochrone aux battements du pouls n'était perçue, ni aucune impulsion par l'expiration forcée ou l'action de se moucher. L'inclinaison de la tête en bas et à droite ne produisait aucun changement de volume ni de consistance. L'indolence était contradictoire d'un abcès froid, et la mollesse d'un ostéo-sarcome ou d'un fongus de la dure-mère.

En prévoyance d'une tumeur sanguine, une compression modérée avec deux larges lamelles d'amadou superposées fut établie pendant la nuit, maintenue par des bandes horizontales et verticales avec un mouchoir pardessus. Deux mois après de ce traitement, sans accident ni malaise, la grosseur avait diminué notablement. Au lieu de la saillie anormale, c'était une dépression circulaire, mollasse, avec un contour osseux décelant très manifestement une perforation du pariétal, du diamètre de un franc. Le doigt placé dessus était soulevé à chaque pulsation, appréciable même à la vue, et la peau se soulevait en se mouchant. C'était donc bien une tumeur sanguine dont le contenu s'était résorbé.

La compression continuée pendant les trois mois suivants diminua le diamètre et les battements. Deux ans après, elle n'avait pas reparu, et la perforation s'était

comblée spontanément par une lame fibreuse et épaisse. L'impulsion communiquée par l'effort d'expiration était seule perceptible. C'était comme une perte de substance produite par une couronne de trépan.

Un second fait est bientôt venu corroborer celui-ci. A la fin de 1880, un garçon de huit à neuf ans fut amené à la consultation de la Charité, avec une tumeur mollasse, fluctuante et très légèrement pulsatile, sur la partie postérieure et supérieure du pariétal droit. On s'en était aperçu depuis quelques mois seulement, sans aucune chute vérifiée ni rien d'apparent depuis la naissance. Le même diagnostic fut porté avec le même traitement. Six à huit semaines après, la saillie avait disparu et une perforation grande comme une pièce de 50 centimes laissait percevoir très nettement les deux variétés de battements du cerveau. Bientôt l'ouverture se resserra comme dans le premier cas.

Dans l'impossibilité d'admettre une fracture et après avoir discuté la théorie de l'atrophie ou de la résorption osseuse, M. Gosselin arrive à interpréter cette lésion par une ostéite-raréfiante, caractérisée au début par la congestion et la vascularisation, ayant détruit d'abord la table externe du pariétal. Les vaisseaux anormaux du diploé se sont rompus, soit spontanément, soit par le passage du peigne, l'action des doigts ou tout autre choc; puis un épanchement de sang est survenu entre le périoste et l'os érodé, et, la raréfaction continuant, la table interne s'est résorbée et a déterminé la perforation. Sans pouvoir être démontrée, cette interprétation est encore plus scientifique qu'une destruction spontanée par atrophie ou résorption. (*Archiv. de méd.*, novembre.)

CHANCRES. *Destruction abortive.* Voy. IODOFORME, SYPHILIS.

CHIRURGIE. Elle se simplifie en devenant de plus en plus hardie et même audacieuse. Toutes les lésions internes des principales cavités sont traitées actuellement d'après ce principe uniforme de les découvrir, les mettre à nu, afin de les réduire à des plaies simples.

Au lieu d'agir, comme autrefois, à l'aveuglette, en tâtonnant, par crainte d'exposer certains organes à l'action de l'air, on prétend tout faire au grand jour, sans péril, grâce aux antiseptiques. De là le discrédit et l'abandon de la chirurgie sous-cutanée, en si grande vogue et honneur il y a moins d'un demi-siècle, et en faveur de laquelle M. J. Guérin est l'unique défenseur survivant.

On a commencé par ouvrir les articulations sous le nuage phéniqué, puis on a ouvert le ventre et les organes creux qui s'y trouvent renfermés : intestin, vessie et jusqu'à l'estomac. On voit si peu de limites à cette redoutable opération qu'elle est pratiquée couramment pour l'excision de la rate, des reins, du pylore, et qu'on l'emploie même comme moyen d'exploration. Aujourd'hui, les accidents des plaies de tête sont traités par des couronnes de trépan multiples, afin d'y voir clair d'en faire des lésions superficielles. Le même procédé est suivi pour la poitrine par la résection des côtes. L'intervention chirurgicale est ainsi à l'ordre du jour pour les affections des organes qu'elle renferme, les poumons et le cœur. L'ouverture et le drainage de cette cavité ne sont plus seulement tentés pour l'empyème et les affections de la plèvre. On la réalise même, avec quelques succès, contre les kystes hydatiques du poumon, les cavernes tuberculeuses ou non. (Voy. RÉSECTION DES CÔTES.)

. Ce n'est plus la ponction du péricarde que l'on tente contre son hydropisie. Celle-ci ne suffisant pas à guérir une collection purulente de 620 grammes, chez un garçon de dix ans, Rosenstein n'hésita pas à inciser cette membrane et à la drainer ensuite, tellement que le pouls ne redevint perceptible que deux heures après. (Voy. COEUR, 1881.)

Toutes ces opérations ont bien pu être tentées autrefois exceptionnellement ; actuellement, elles forment la règle, et ce sont là les principaux perfectionnements de la chirurgie nouvelle. Les chirurgiens allemands se montrent surtout d'une audace sans bornes, malgré des résultats souvent déplorables. A la ponction et l'incision de la vésicule biliaire distendue par des calculs, Langenbuch de Berlin, se fondant sur ce que le cheval et l'éléphant sont privés de ce réservoir et que son

absence congénitale se rencontre même chez l'homme, comme l'oblitération du canal cystique à l'autopsie, a cru devoir en tenter l'excision avec succès chez un homme de quarante-deux ans. Il est vrai que cette poche ne renfermait que deux concrétions très petites, les autres ayant été préalablement évacuées par l'emploi des purgatifs ; cette grave opération était donc superflue. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 47.) Voy. LITHIASE BILIAIRE, page 66.

L'évidement du corps des vertèbres est encore plus hardie. (Voy. ABCÈS OSSIFLUENTS.)

La *résorption des séquestres* a été démontrée expérimentalement sur les lapins, par M. Lannelongue, pour en rendre la réalité plus évidente sur l'homme. Une cheville de 7 millimètres et demi de longueur sur 3 de diamètre, prise dans l'humérus d'un squelette, a été enfoncée dans un tibia de lapin mis à nu et pansé antiseptiquement, en même temps qu'une cheville semblable d'ivoire était placée comparativement dans le tibia opposé. Deux mois et trois jours après, l'animal, sacrifié, montra que la cheville osseuse était presque complètement résorbée, les huit dixièmes étant disparus et les deux autres restant dans la substance compacte, tandis que celle d'ivoire était à peine entamée. C'est donc le discrédit de celles-ci dans le traitement des fractures, au profit de celles des os, qui devront être employées de préférence à l'avenir. (*Soc. de chirurg.*, 17 mai.)

Tel est le résultat pratique de cette expérience renouvelée. Mais il reste à savoir si l'os n'est pas plus fragile que l'ivoire.

Eléments de pathologie chirurgicale de A. Nélaton, revus par A. Després, chirurgien de l'hôpital de la Charité, etc. Tome V et avant-dernier. 2e édition, très augmentée, avec 61 figures dans le texte. Un vol. grand in-8o de 844 pages. Librairie *Germer Baillière.*

On sait que le célèbre chirurgien, qui a tenu le sceptre de la renommée, procédait par régions dans son œuvre. Cette méthode en a fait le mérite, et ce volume contient ainsi les maladies chirurgicales du tronc : celles de la

poitrine, de l'abdomen, de l'anus et du rectum en particulier. Décrivant tour à tour, avec le soin minutieux et la clairvoyance qui le distinguaient, toutes les affections et les lésions susceptibles de s'y manifester sur chaque organe ou tissu, il les caractérisait aussitôt avec cette sûreté de vue qui en établissait tacitement pour ainsi dire le diagnostic différentiel entre elles. Il était dès lors impossible de ne pas les reconnaître ni les confondre. De là le mérite de cet ouvrage et son succès.

Les hernies, dont M. Desprès s'est occupé spécialement, en se trouvant dans ce volume, en forment la partie principale. Plus de 300 pages y sont consacrées, plus du tiers de l'ouvrage. C'en est donc un véritable traité, et c'est ce qui en fait le mérite particulier et le recommande à l'attention.

Manuel de pathologie chirurgicale de A. Jamain, continué, revu et augmenté par F. Terrier, agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux et membre de la Société de chirurgie, etc. 3e édition, premier fascicule du tome III. Un vol. in-12 de 383 pages. Librairie *Germer Baillière*. Paris.

En suivant à deux ans d'intervalle le deuxième volume, paru en 1880, ce nouveau fascicule montre que la fin de cette troisième édition ne se fera pas attendre. Il contient exclusivement les maladies de l'appareil de la vision et forme presque un traité complet d'ophthalmologie, en comprenant successivement les maladies de la conjonctive, de la cornée, de la sclérotique, de l'iris, du cristallin, du corps vitré, de la rétine et du nerf optique. L'ordre et la précision qui distinguent cet ouvrage permettent de le consulter sûrement sur toutes les affections de ces diverses parties constituantes de l'œil, avec les méthodes et les procédés applicables à leur traitement. Une bibliographie étendue, terminant chaque partie, permet d'ailleurs de consulter plus amplement tout ce qui s'y rapporte. Ce fascicule isolé, du prix de 4 francs, suffit donc à remplacer tous les traités en ce qui concerne les maladies des yeux, aussi bien pour les praticiens que pour les médecins qui ne les possèdent pas dans leur bibliothèque.

CHLOROFORME. Après les plaintes de M. Perrin contre l'impureté du chloroforme des hôpitaux, en 1878, M. Lucas Championnière les a renouvelées, en l'accusant de provoquer au début des inhalations divers accidents résultant de son impureté, comme l'agitation, une toux convulsive, la suffocation avec vomissements durables et persistant parfois plusieurs jours après l'opération. Les femmes en éprouvent particulièrement des complications nerveuses. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, février.)

Le séjour plus ou moins prolongé de ce liquide dans les hôpitaux, son mode de conservation surtout paraît être la cause principale de ses altérations. C'est dans un état d'impureté très appréciable, dit M. Berger, qu'il est administré. Des vapeurs de chlore ou d'autres gaz irritants se dégagent de ce liquide instable et produisent des accès de toux, des spasmes laryngés, des picotements désagréables. Au lieu de son odeur classique de pomme rainette presque embaumante, une odeur piquante et désagréable s'échappe du flacon en le débouchant.

Il est facile de constater ces altérations par la réaction du nitrate d'argent d'une part ou en le versant sur un papier plié en quatre. Mais on prend rarement ces précautions, d'autant moins que ces altérations n'entraînent guère la mort. C'est dans le mode d'administration ou le défaut d'examen des personnes soumises à la chloroformisation que gît le danger. Les décès résultant accidentellement de son emploi sont ainsi bien plus fréquents en Angleterre qu'en France, par suite de la manière brutale et massive dont on l'emploie. On assomme le patient, tandis qu'on le donne graduellement ici. Il est ainsi remplacé souvent par l'éther, qui, tout en entraînant aussi parfois la mort accidentelle, comme tous les anesthésiques, n'expose pas le chirurgien à être condamné à des dommages-intérêts. C'est tout le secret de la préférence.

L'aphorisme trop absolu de Sédillot : *Le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais*, doit être corrigé par cette autre affirmation : *que tout individu anesthésié est en danger de mort*. L'impureté de l'agent anesthésique, son mode d'administration, les prédispositions de certains malades ou opérés exposent en effet à ces

coups de foudre sans qu'il soit possible de les prévoir; toute expérience et toute prudence sont déjouées à cet égard. Le malade soumis à l'anesthésie est toujours exposé à un péril imminent. C'est au chirurgien à ne l'employer que dans les cas absolument nécessaires et en agissant avec une grande circonspection pour ne pas encourir de responsabilité ni de blâme. Il ne faut jamais chloroformer par complaisance. (*Soc. de chir.*, 1881, et *Revue de méd.*, mai).

Le permanganate de potasse additionné de potasse caustique ayant été indiqué par M. Yvon comme un réactif sûr pour reconnaître la pureté du chloroforme, le professeur Regnauld, tout en louant le zèle et l'activité du chimiste, critique ce procédé et le considère comme défectueux. Il peut rester muet en présence d'un chloroforme impur et faire croire à des impuretés dangereuses alors qu'il peut être utilisé sans crainte. Il suffit, pour annuler l'effet de ce réactif, d'agiter le chloroforme avec un centième environ d'acide sulfurique pur et concentré, de le décanter quelques minutes après, de l'agiter dans un flacon avec la magnésie et le filtrer, pour que, pur ou impur, le chloroforme ainsi traité cesse de verdir le permanganate de potasse. Mais il n'en admet pas moins le danger du chloroforme impur, par suite de l'état de vidange ou son exposition à la lumière du jour. Si des idiosyncrasies spéciales, une intolérance particulière dont il offre un exemple personnel, en expliquent les mauvais effets dans certains cas, il n'est pas moins nécessaire de l'employer aussi pur que possible en prenant toutes les précautions à cet égard.

Le mode d'administration est au contraire, d'après les chirurgiens, la principale cause des accidents. Le chloroforme même impur serait inoffensif, a dit M. Gosselin, s'il était toujours bien administré. C'est ainsi que la discussion a changé de base, comme on le verra au mot CHLOROFORMISATION.

Formation de l'oxychlorure de carbone. A l'appui des accusations formulées contre les altérations du chloroforme, MM. Regnauld et Roux ont constaté expérimentalement que son exposition à l'air et à la radiation

lumineuse détermine la formation de l'oxychlorure de carbone, qui est incontestablement le composé le plus dangereux qui puisse souiller cet anesthésique. L'influence plus rapide de l'électricité et de l'ozone, substituée à celle de la lumière, a transformé également le chloroforme en oxychlorure de carbone par le passage de l'étincelle et de l'effluve. Cette même production a aussi lieu au simple contact de la vapeur de chloroforme avec l'air ozonisé. Si dans un appareil à effluves passe un courant d'azote mélangé à des vapeurs de chloroforme il y a formation d'acide chlorhydrique et d'hydrocarbures à odeur intense et persistante. (*Acad. de méd.*, 21 mars.)

Ce sont donc là autant de causes d'accident, si l'on ne prend garde à ces altérations.

Eau chloroformée. La solubilité du chloroforme dans l'alcool l'a fait administrer en sirop, vin et même en eau alcoolisés pour l'usage thérapeutique. Mais toutes ces préparations sont infidèles, incertaines, comme les émulsions, et c'est en se fondant sur la solubilité relative de ce liquide dans l'eau, découverte par Natalis Guillot dès 1844, que les professeurs Lasègue et Regnauld montrent qu'en agitant un excès de chloroforme pur dans un litre d'eau, il en dissout 90 grammes environ, soit 90 centigrammes pour 100 grammes de liqueur; elle peut être ainsi préparée et conservée dans les officines dans une parfaite stabilité, absolument transparente et dont la moindre opalescence montre un excès de chloroforme.

Cette eau ne doit jamais être employée pure à l'intérieur, mais étendue, mélangée en potion ou sirop, ou tout autre excipient, comme le vin, l'eau-de-vie et les teintures alcooliques. Elle est ainsi un excellent calmant contre les douleurs de la bouche en gargarisme et de l'estomac en boisson. Elle calme les troubles fonctionnels de la digestion, tels que bâillements, tensions, éructations gazeuses, pression ou lourdeur épigastriques, écœurement, bouffées de chaleur ou menaces de vertiges. Aucun autre médicament ne peut lui être comparé à cet égard. Pour l'usage interne, l'eau chloroformée est un type exclusif, soit qu'on l'emploie pure en gargarisme, soit qu'on l'étende d'une infusion, dans du

vin ou du sirop. (*Archiv. de méd.*, février et mars.)

L'usage externe peut se faire au moyen de la pommade suivante :

Vaseline............................	60 à 80 grammes.
Chloroforme.........................	20 à 30 grammes.

CHLOROFORMISATION. La discussion solennelle et prolongée, soulevée à l'Académie de médecine sur ce sujet par M. Regnauld, en mettant en évidence les terribles dangers inhérents à ce mode d'anesthésie, ne pourra avoir que des effets salutaires, en rendant plus circonspects à l'avenir ceux qui l'emploient, souvent trop légèrement et bénévolement. Sans résoudre la question de prévenir ces accidents d'une manière certaine ni de les conjurer, elle pourra du moins, en les divulguant, donner à chacun la crainte salutaire de les encourir et les rendre ainsi moins fréquents. Son écho à l'étranger a déjà provoqué le cri d'alarme. Devant ces morts subites multipliées, se renouvelant sans cesse aux Etats-Unis et en Angleterre : — *Another and yet another death from chloroforme*, est le rapport presque hebdomadaire qui nous arrive, dit la *Lancet* du 18 mars — la presse médicale de ces pays réclame instamment une enquête plus sévère à l'avenir de tous ces cas de mort subite, par des jurys éclairés, avec punition comme homicide par imprudence quand l'anesthésique a été employé indûment et sans toutes les précautions exigées.

L'administration du chloroforme est en effet, bien plus que son impureté, la cause des accidents selon M. Gosselin. Rééditant l'aphorisme de Sédillot que le chloroforme bien administré ne tue jamais, il s'est appliqué à formuler une technique des inhalations qui, en en mélangeant les vapeurs d'une manière intermittente et régulière avec l'air pur, les rende complètement inoffensives. En voici le résumé : 6 inspirations de chloroforme au début, suivies de 2 d'air pur ; puis 7 de chloroforme et 2 d'air pur ensuite. Arrivées à 8, les inhalations chloroformées sont maintenues quatre fois et six fois celle de 10, pour tomber immédiatement à 4 à la fin, si tout va bien. 113 inspirations d'air chloroformé, séparées par sept intervalles de 28 inspirations d'air pur, sont générale-

ment suffisantes pour une anesthésie complète, quand il ne se présente aucun incident.

Les malaises, l'excitation, les vomissements troublent souvent cet ordre; mais ce procédé témoigne au moins d'une grande sollicitude dans cet acte délicat. Les irrégularités, les alertes sont ainsi supprimées. C'est le contraire de ceux qui font inspirer les vapeurs de chloroforme en masse, sans relâche et sans laisser reprendre haleine. Le patient est surpris et comme stupéfié, et, si le sommeil est plus rapide avec suppression des troubles du début, c'est parfois celui de la mort, quand la dose ainsi absorbée tout à coup est trop forte pour l'individu. Elle le sidère et le tue. A défaut de connaître d'avance la tolérance individuelle et la dose nécessaire, il est plus prudent d'aller en tâtonnant, par intervalles réguliers, et d'endormir lentement et sûrement. La véritable méthode classique est celle des petites doses successives, mais sans intermittences, en suspendant l'inhalation au moindre accident. (*M. Perrin.*)

De graves objections se sont élevées contre cette technique absolue. Si le danger est dans la quantité du poison absorbé, il est plus sûr d'obtenir l'anesthésie d'emblée, tout d'un coup, en tenant la compresse constamment sous le nez, n'y versant que 10 à 12 gouttes de liquide à la fois, que par ces intermittences exigeant plus de liquide et de temps. La rapidité même de l'anesthésie supprime les accidents du début. (*Labbé.*)

Faute de consulter l'impressionnabilité du sujet, l'un peut être saisi trop vivement avec une dose relativement faible, tandis que la résistance prolongée de l'autre, en exigeant des inhalations prolongées, pourra de même provoquer la mort si une affection quelconque, cachée ou inappréciable, l'y prédispose. La méthode de prudence est donc plus sûre et préférable.

Cette technique ne peut obvier malheureusement à tous les cas. La proposition de Robert est toujours vraie : que toute action ayant pour effet et pour objet de détruire le sentiment et le mouvement est dangereuse, et qu'en provoquant l'anesthésie par un agent quelconque on met la vie du patient en péril sérieux. Le chloroforme le plus pur et son administration irrépro-

chable n'empêcheront pas que certains individus en soient empoisonnés, par suite d'une susceptibilité nerveuse particulière ou états organiques, comme le cœur gras, par exemple. (*Verneuil.*)

Cependant le plus sûr moyen de conjurer la mort, dans ces cas, est encore la technique des intermittences.

L'arrivée du chloroforme en masse dans la circulation étant le principal danger de l'empoisonnement, comme l'alcool pur pour l'ivresse, d'après Cl. Bernard, et une quantité considérable et prolongée de ses vapeurs étant inoffensive par le mélange de l'air, d'après P. Bert, le cornet employé dans la marine depuis trente-cinq ans, en mélangeant l'air pur avec les vapeurs chloroformées, est préférable et plus sûr à cet effet que les intermittences. Aucun décès n'en est résulté. (*J. Rochard.*)

M. Trélat reproche surtout à la nouvelle technique d'être trop absolue. Devant l'autorité de son auteur, elle engage la responsabilité des chirurgiens qui ne la suivront pas, en face d'un malheur comme celui qui lui est arrivé le jour même, 14 février, où elle a été promulguée. Il opérait d'un adénome du cou un jeune homme de vingt et un ans ; les inhalations avaient cessé, et il terminait l'énucléation de la tumeur, lorsque l'opéré pousse un petit cri en portant sa main sur le champ opératoire; le pouls faiblit, et, malgré l'emploi immédiat de la pile, l'opéré ne put être rappelé à la vie. La mort, loin de pouvoir être attribuée à la chloroformisation, semble due plutôt à une action réflexe. C'est donc en dehors du chirurgien et de ses prévisions possibles, suggérées par sa science et son expérience, que se rencontrent les causes de la mort, aussi multiples et variées que les opérés eux-mêmes. Les uns succombent à une syncope, d'autres à une action réflexe sur le bulbe; ceux-ci au début de l'anesthésie, après avoir respiré seulement 20 gouttes de chloroforme, ceux-là au milieu et d'autres à la fin. Tout varie ainsi, la cause aussi bien que le moment de la mort.

Dès qu'un malade est mis sous l'influence du chloroforme, il traverse fatalement une série de périodes dangereuses, quelles que soient la méthode employée, les précautions prises et les réserves faites; cet anesthésique

restera ainsi un danger, malgré le chirurgien, jusqu'à ce qu'il soit remplacé par un autre moins dangereux. Et dans une magnifique et émouvante harangue, mettant en parallèle tous les bienfaits et les avantages de cet agent précieux, les immenses progrès réalisés en chirurgie et les innombrables vies conservées par son secours depuis sa découverte, avec les quelques centaines de morts qui lui sont dues, l'orateur conclut qu'il faut le conserver et l'employer, sans rendre le chirurgien responsable des malheurs qu'il est toujours exposé à encourir, sans que la technique des intermittences puisse absolument les empêcher. Dès qu'elle n'est pas infaillible, elle mettrait dans une sécurité dangereuse ceux qui s'y conformeraient aveuglément.

M. Le Fort la repousse exclusivement par la statistique et les faits, montrant que la mort durant l'anesthésie est indépendante du chloroforme. Avant sa découverte, bien des opérés ont succombé sous le couteau par une syncope subite. L'exemple célèbre de Desault en est la preuve. Sa première application par Simpson en est un second exemple. Il s'agissait d'une hernie étranglée. Le malade étant à l'amphithéâtre, Simpson envoie chercher dans son laboratoire l'unique flacon qu'il avait à sa disposition. L'aide fait un faux pas en l'apportant en hâte et brise le flaçon. L'opération, ne pouvant être remise, est pratiquée aussitôt sans anesthésique par Millers. Dès l'incision de la peau, l'opéré pâlit, le pouls s'arrête, et le malheureux succombe en syncope. Cette mort eût infailliblement été attribuée au chloroforme sans l'accident et eût peut-être arrêté, suspendu la découverte de son action anesthésique.

M. Cazenave (de Bordeaux) devait amputer un homme âgé de quarante ans. Pour l'encourager, il fait un simulacre de chloroformisation et approche de la bouche du malade un mouchoir sur lequel on n'avait pas mis une seule goutte de chloroforme. Le malade fait quatre inspirations, tombe en syncope et meurt. S'il y eût eu quelques gouttes de chloroforme sur ce mouchoir, n'aurait-on pas encore cette fois accusé les anesthésiques et aussi le chirurgien?

La statistique des hôpitaux anglais montre encore

nieux le hasard qui préside à ces morts subites pendant
a chloroformisation, car, sur 17 000 au début de 1848
ı 1864, un seul cas de mort eut lieu, tandis qu'il y en
ut six sur 7 500 durant les quatre années suivantes,
lans les mêmes hôpitaux. Sur 80 000 chloroformisations
endant la guerre de sécession, il n'y eut que 7 morts.
Kœnig n'en eut pas un seul sur 7 000 chloroformisations,
ii Nussbaum sur 15 000, et ce n'est qu'après 12 500 que
Billroth éprouva un premier malheur. Bien des morts
sont produites d'ailleurs par différentes causes étrangères, comme la régurgitation des matières alimentaires
lans la trachée, une faiblesse extrême, l'alcoolisme, la
tation, etc., etc., sans que le chloroforme puisse être
ncriminé. La douleur par action réflexe en est manifestement la cause, comme dans le cas de M. Trélat. Sur
es 300 morts constatées, la plupart ne sont donc pas
mputables au chloroforme ni à son mode d'administraion. Il n'agit pas plus exclusivement par empoisonnement que par asphyxie, comme on l'admettait au début.
a syncope en est bien plus souvent la cause, comme les
uccès de l'inversion de la tête en bas, *Nelatonisiren* des
llemands, en sont la démonstration péremptoire. On ne
neurt pas davantage, parce que le bulbe a été chloroformisé, comme les expérimentateurs tendent à l'admettre.
Cette mort accidentelle dans la chloroformisation tient
des causes multiples, encore mystérieuses parfois, sans
ue le chirurgien puisse les prévoir ni les écarter.

L'influence de la chloroformisation expérimentale sur
es animaux, les chiens en particulier, ne peut être conue, à cause des accidents rapides qu'elle produit d'une
nanière inopinée, foudroyante. Il est rare de l'employer
ans avoir deux ou trois alertes et même une mort imninente. Les chiens de chasse y sont les plus exposés,
insi que les jeunes chiens et les chiennes en particuer. Un bon vieux bouledogue y résiste le mieux. On y
renoncé pour ce motif, en la remplaçant par la chloraliation et l'éthérisation beaucoup mieux supportées. Les
ffets en résultant ne sont donc pas absolument comarables, puisque les effets de ces trois anesthésiques
iffèrent chez l'homme.

Le mécanisme de l'arrêt respiratoire au début, attribué au spasme de la glotte chez l'homme, n'a rien de mystérieux. Il suffit d'exciter le bout du nerf laryngé supérieur pour le produire immédiatement chez l'animal par son influence sur le centre respiratoire.

C'est une erreur de croire que les vapeurs du chloroforme atteignent d'abord et successivement le cerveau, le cervelet, la protubérance, la moelle et le bulbe en dernier ressort. Dès qu'elles sont absorbées, elles pénètrent également tout le système nerveux. C'est en raison de sa résistance plus grande que le centre respiratoire du bulbe manifeste son imprégnation le dernier. La respiration persiste ainsi à la sensibilité. Mais il est atteint dès le début et paralysé partiellement. Aussi, l'excitation du pneumo-gastrique pendant l'anesthésie chloralique détermine plus facilement et plus tôt l'arrêt de la respiration qu'à l'état sain. Le bulbe n'est donc plus à l'état normal.

La même expérience produit l'arrêt du cœur en diastole; mais, tandis que chez l'animal sain, le cœur se remet ensuite à battre, cet arrêt se produit plus vite, sans que les mouvements puissent se reproduire chez l'animal chloroformé; il est mort aussitôt.

D'où l'on infère que, le chloroforme agissant de même, la mort survenant pendant la chloroformisation chez l'homme a lieu par la continuation en excès de son influence toxique sur le bulbe, soit par arrêt de la respiration ou asphyxie, soit par arrêt du cœur ou syncope. Telle est l'interprétation de ces deux phénomènes mortels, réduits à leur plus simple expression expérimentale; mais, s'il en était ainsi, ne prévoit-on pas que les inhalations prolongées pendant des heures seraient fatalement un arrêt de mort? En prouvant le contraire, la clinique infirme donc cette interprétation expérimentale.

L'opération détermine les mêmes phénomènes mortels chez les animaux comme chez l'homme. Sur l'animal profondément anesthésié et endormi, si l'on coupe le nerf sciatique et que l'on excite le bout central, la respiration s'arrête immédiatement par l'excitation de la moelle transmise au bulbe, preuve qu'elle conserve encore ses fonctions comme le bulbe. L'arrêt du cœur

ou syncope s'ensuit de même, et elle est si grave que, malgré l'énergie des moyens employés, la faradisation générale en particulier, on ne sauve pas un animal sur 10. La respiration artificielle suffit au contraire à rétablir les mouvements respiratoires le plus souvent.

Au point de vue pratique sur l'homme, on en conclut que ces deux formes de syncope ont une gravité très différente. Dans la syncope respiratoire, on peut tenter avec chance de succès tous les moyens propres à rétablir la fonction, jusqu'à l'ouverture de la trachée, tandis que l'arrêt du cœur reste le plus souvent définitif, malgré tous les moyens employés. (*Vulpian.*)

D'après ces expériences si claires..... chez les chiens, la chloroformisation complète ne supprimerait pas tous les réflexes, surtout à la douleur, et ce ne serait que dans certaines opérations très douloureuses, comme la section d'un nerf, qu'elle pourrait, en les déterminant, provoquer la mort par syncope, soit cardiaque, soit respiratoire ; d'où la question formulée par M. Le Fort : s'il vaut mieux se borner à atténuer la sensibilité sans aller à l'anesthésie complète, profonde, absolue, pour une opération douloureuse? Dans le premier cas, si l'apparition de la syncope est plus facile, il y aurait en revanche plus de chances de la combattre avec succès, tandis qu'elle serait mortelle presque à coup sûr dans le second cas, si l'action réflexe due à l'opération n'en est ni affaiblie ni atteinte. Mais l'expérimentateur ne peut répondre affirmativement, car les deux hypothèses sont possibles. C'est aux chirurgiens à s'inspirer de leur expérience à cet égard. Tout ce que ces expériences ont appris de positif, c'est que la sensibilité, confuse d'abord, puis émoussée, puis abolie dans un ordre presque hiérarchique, coïncide avec l'action réflexe qui produit les battements du cœur. Si l'on veut éviter les accidents respiratoires, la conclusion est de ne pas pousser trop loin la chloroformisation. Les courants faradiques ne peuvent rien d'ailleurs contre la syncope respiratoire.

Suivant M. Perrin, ce qui se passe chez les animaux ne saurait être comparé à ce qui se passe chez l'homme. La période de tolérance dans l'anesthésie, reconnue jusqu'ici par tous les chirurgiens, marquée par une insen-

sibilité profonde, annoncée par des signes constants et faciles à percevoir, ne saurait leur faire défaut. Les chloroformisations incomplètes sont les plus mauvaises et les plus dangereures; la syncope peut se produire, et il reste à déterminer positivement que la douleur, dans une anesthésie profonde, soit susceptible de la provoquer.

Du reste, puisque la syncope cardiaque la plus grave ne se produit que consécutivement à celle de la respiration, il est prescrit, d'après les expériences d'accord avec la clinique, de surveiller minutieusement celle-ci plutôt que le pouls. C'était le précepte de Sédillot. L'action excitatrice du chloroforme ne produit des accidents qu'en se portant sur les nerfs respirateurs sensitifs, et son influence stupéfiante sur les centres bulbaires est seule mortelle. L'éther est ainsi préférable chez les individus très anémiés. Dès que l'anesthésie complète est obtenue, on n'a rien à craindre en l'entretenant sans l'augmenter. Il n'y a que les troubles réflexes à craindre, et, comme ils varient suivant la susceptibilité individuelle des opérés, une méthode fixe, absolue d'administration, ne saurait être admise comme une règle invariable et sûre. (*Panas*).

Devant cette opposition énergique, M. Gosselin, dans sa réponse, se montre moins absolu qu'au début. Il a voulu mettre les chirurgiens en garde contre des excès et un défaut d'attention. On a négligé la discussion de son procédé pour les accessoires. S'il ralentit l'anesthésie, il la rend plus sûre, car le chloroforme reste dans le sang pendant les intermittences. L'anesthésie n'en est pas retardée; mais plus sûre. Quand il s'agit de vie ou de mort, cet excès de précision n'est pas de trop. Les malades susceptibles s'en trouveront bien, et les tolérants n'en seront pas plus mal. La syncope indépendante n'est pas admissible. Elle est si rapidement mortelle, en général, que le chloroforme semble toujours y participer, suivant l'explication des physiologistes.

« Quant à la paralysie mortelle du cœur, ne résulte-t-elle pas du contact d'un sang chargé d'une trop grande quantité de l'agent anesthésique? Son arrivée brusque ou son excès détermine la mort, et c'est pour l'éviter

que je fais les intermittences, en empêchant la surprise au début et à la fin. S'il y a d'autres causes de mort, il n'y a pas à s'en préoccuper. La technique n'a pour but qu'une administration préservatrice. Je n'ai voulu critiquer ni accuser personne, et l'aphorisme de Sédillot, dans sa bouche comme dans la mienne, n'est nullement accusateur. Je donne un procédé; il y en a et il y en aura d'autres : c'est aux chirurgiens de chercher le meilleur. C'est le seul moyen de donner l'anesthésie sans risquer la mort. »

Un partisan s'est déclaré à la fin pour les intermittences, suivant la résistance du sujet : c'est M. Tillaux. La technique ne saurait être employée invariablement dans la pratique. Beaucoup de morts subites tiennent certainement au mode d'administration. Chaque fois qu'une alerte s'est présentée, il a reconnu qu'une faute avait été commise. C'est en interrogeant le malade qu'il juge des progrès de l'anesthésie et en faisant verser le chloroforme sur la compresse que l'intermittence se produit. Il passe alors une certaine quantité d'air pur par les voies respiratoires.

Une lacune de cette discussion, d'après le docteur Reuss, ancien élève de la clinique de Strasbourg, est de ne pas avoir signalé comment on procédait là à la chloroformisation, avec un aide spécial, étranger à la médecine et d'une compétence indiscutable. Jamais elle n'était confiée à des mains novices ou inexpérimentées, interne ou externe, dont l'attention est toujours plus ou moins distraite par l'opération, comme l'a signalé M. Tillaux. Durant sa longue carrière, le professeur Sédillot ne fit pas une opération, même à de grandes distances, sans emmener avec lui l'aide chargé d'administrer le chloroforme. M. Bœckel, qui lui succède actuellement, a conservé la même tradition, et, sur 2 000 chloroformisations publiées en 1878, il n'avait pas eu un seul accident en cinq ans, non plus que sur les 15 000 de Sédillot et ses élèves. Habitué à observer journellement les individus sous le chloroforme, l'aide est plus apte à remarquer le moindre changement dans son action régulière et à signaler immédiatement le moindre trouble de la respiration surtout.

6.

L'examen préalable, approfondi et minutieux du malade, par le chirurgien même, quant aux contre-indications de l'anesthésie, devrait aussi toujours être fait, comme en Allemagne. Il n'en est pas ainsi dans les hôpitaux de Paris. Les chefs de clinique ou les internes sont le plus souvent chargés de ce soin, et l'administration de l'anesthésique est ordinairement confiée à l'un des externes ou même au stagiaire du service, sans l'habitude de cette fonction. De là des causes d'accidents et de malheurs irréparables. (*Journ. de thérap.*, nº 8.)

Syncope réflexe. Provoquée par la douleur, quand le patient est imparfaitement, incomplètement anesthésié, elle entraîne souvent la mort subite. C'est peut-être le genre de mort le plus fréquent sous le chloroforme. Cet accident, d'une rapidité aussi soudaine que la syncope mortelle, provoqué expérimentalement par M. Vulpian sur les chiens anesthésiés par la galvanisation du bout périphérique du pneumo-gastrique, résulte d'une prédisposition que personne ne peut prévoir. (*Trélat.*)

Action sur la température. Un refroidissement marqué, observé par M. Houzé à la fin d'une ovariotomie, l'a conduit à noter exactement la température sur ses opérés soumis à l'anesthésie chloroformique. De 37° avant une amputation du sein, elle tomba rapidement à 34°, 2, et, dans une taille périnéale pratiquée le 9 décembre, de 37° elle descendit à 35. Ces faits démontrent, comme M. Verneuil l'avait déjà signalé, la nécessité de réchauffer les opérés. Il faut surtout veiller avec soin à ce que le lit où on les transporte soit muni de draps bien chauds. (*Soc. de méd. du Nord*, décembre 1881.)

Mort subite. Il y a toujours quelques irrégularités dans le mode d'administration suivie de mort subite. Ainsi, chez un alcoolique de vingt-neuf ans, chloroformisé à la compresse en godet, il suffit de vingt inspirations profondes et l'absorption de 4 à 6 grammes de chloroforme seulement pour qu'au premier coup de bistouri la mort subite ait eu lieu (*Terrier*). Jamais l'anesthésie ne peut être complète si rapidement. Les vapeurs

avaient été inspirées à doses trop massives pour que l'insensibilité fût complète en une minute. Une administration très lente, surtout au début, avec des intermittences, est moins dangereuse afin de savoir toujours où en est le malade. (*Berger.*)

Pour M. Després, toujours absolu dans ses assertions, la mort subite ne peut dépendre du chloroforme ; un état de santé quelconque de la victime peut seul la déterminer, ne serait-ce qu'une prédisposition à la syncope. (*Soc. de chirurg.*, 22 mars.)

Chloroformisation la tête pendante. Quoique né en France et employé primitivement par Nélaton pour conjurer la mort par anémie cérébrale, ce procédé, systématisé en 1874 par Rose de Zurich pour les opérations pratiquées dans la bouche, la gorge ou le nez, afin de prévenir l'écoulement du sang dans les voies respiratoires, n'est guère usité qu'en Allemagne. Les chirurgiens anglais l'ont accueilli avec une grande circonspection, et malgré la tentative analogue faite à Paris par M. Verneuil, dès 1867, pour l'amputation du maxillaire, M. Trélat seul paraît s'être servi avec succès de cette méthode pour la staphylorrhaphie et l'ouranoplastie. Une opération sur le nez, tentée dans cette position en 1880 par le docteur Berger, donna lieu à une telle hémorrhagie qu'il fallut s'arrêter. Son discrédit en est résulté, et le fait est que la description seule de ce procédé n'est pas encourageante pour y recourir.

« L'opération se fait dans une chambre chaude, le cou et la poitrine découverts ; le malade est couché horizontalement sur une table et chloroformé d'abord dans cette position. Quand l'anesthésie est complète, on attire la tête du malade un pied environ au delà du bord matelassé de la table, et on la laisse pendre naturellement. Dans cette position, la tête est dans l'extension forcée, le vertex est dirigé vers le sol ; un aide, placé à genoux sur un coussin, en arrière de la tête, la maintient solidement dans la situation qu'on lui a donnée en la tenant à deux mains par les tempes. L'opérateur s'assied à côté de la tête et s'arrête toutes les fois que le malade se réveille ; on introduit un spéculum buccal sur une des

parties latérales de la bouche; la langue est attirée hors de cette cavité, afin qu'elle ne vienne pas s'appliquer sur l'isthme du gosier. Dès les premières incisions, le sang s'écoule par les fosses nasales et de là, sortant par les narines, vient tomber sur le sol. Une éponge, au contraire, introduite dans le pharynx, en ressort sans rapporter du sang, et lorsqu'après l'opération le malade est atteint de vomissements chloroformiques, les matières expulsées ne présentent point de traces de sang. Il demeure par contre assez souvent des caillots sanguins dans les fosses nasales. L'opération terminée, les malades ne sont ramenés dans la position horizontale que progressivement, de façon à éviter toute syncope. » (*Archiv für klin. chir. de Langenbeck*, 1876.)

Pénible à voir, cette situation, rappelant le martyrologe de saint André, est bien faite pour favoriser l'écoulement du sang par la congestion mécanique des parties inclinées sur lesquelles on opère. A moins que l'opération soit très rapide, instantanée, ce qui n'est pas ordinairement le cas dans ces opérations délicates et minutieuses, on comprend que les vaisseaux divisés, gorgés de sang, ne le retiennent pas aussi facilement que dans la position horizontale, surtout chez les vieillards.

Ce procédé est cependant en grande faveur dans l'empire allemand, où les chirurgiens l'emploient à qui mieux mieux. J. Wolff en signalait jusqu'à 26 applications heureuses et Bardeleben 60 dès 1876. L'effet du voisinage ayant conduit le docteur E. Bœckel, de Strasbourg, à y recourir dans un grand nombre de cas, il a bientôt reconnu qu'elle favorise souvent la production de congestions passives chez les vieillards et les individus très sanguins, tandis que, chez les enfants et les jeunes gens, elle est absolument inoffensive, même lorsqu'elle est appliquée pendant deux ou trois heures. Aussi n'est-ce qu'avec une vive répugnance, et forcé en quelque sorte par les circonstances, qu'il se décide à l'employer chez des personnes âgées de plus de vingt-cinq ou trente ans, tandis qu'il s'en sert sans nulle hésitation avant cet âge.

Le docteur Weiss, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, en a fait aussi six applications depuis 1880, dont trois fois pour des staphylorrhaphies sur des enfants, sans

aucun symptôme alarmant, malgré une durée de deux heures la tête en bas; les trois autres ont été faites chez de jeunes adultes pour l'extirpation de polypes du nez et l'ablation des amygdales. L'éclairage parfait du champ opératoire est un grand avantage de ce procédé en pareil cas, et, comme aucun accident n'en est résulté, il mérite, suivant l'auteur, d'être pris en considération dans ces conditions spéciales. (*Revue méd. de l'Est,* juillet.)

Limiter exclusivement l'emploi de cette méthode aux opérations dont elle facilite l'éclairage, en ne l'appliquant qu'aux sujets au-dessous de trente ans et de préférence chez les enfants, telles sont les règles à observer, d'après la pratique française.

CHORÉE. *Rareté parmi la race noire.* La proportion considérable d'enfants nègres et mulâtres, dans la population juvénile des Etats-Unis, a permis au docteur Weir Mitchell de faire une enquête sur la fréquence relative de cette névrose entre les noirs et les blancs. Ne pouvant résoudre cette question d'après son observation personnelle, il a dirigé une enquête dans les Etats du Sud, parmi les secrétaires des Sociétés médicales et d'autres, et c'est sur leurs réponses qu'il peut ainsi résumer l'expérience collective d'un grand nombre de praticiens.

Très peu de médecins ont observé aussi fréquemment la chorée parmi les noirs que parmi les blancs. Un seul Etat, la Virginie, fait exception à cet égard. Partout ailleurs, elle est extrêmement rare parmi les enfants noirs. Des 60 médecins qui ont répondu à sa circulaire, 49 ne l'ont jamais observée sur les noirs, et, des 13 autres, très peu en ont vu plus d'un cas, et le plus souvent chez des femmes adultes. A Cuba, la maladie est très commune parmi les blancs, mais n'a jamais été vue chez les nègres, bien que le rhumatisme ne soit pas rare parmi les enfants noirs. Malgré la publication de cette question dans un journal médical de la Havane, pas un seul cas de chorée chez les nègres n'a été communiqué. Dans la Caroline du Sud, un médecin en a observé 12 cas chez les blancs et 2 seulement chez les noirs, tandis que trois autres praticiens ne l'ont jamais observée chez ceux-ci. Sur 30

membres de la Société médicale de l'Alabama, aucun n'a jamais vu un seul exemple de chorée chez le nègre pur sang, non plus que les membres de la Société médicale de Colombie, quoique cette maladie ne soit pas rare parmi les blancs dans ces deux Etats. Il est donc évident que le nègre est peu exposé à la chorée, et, comme son développement cérébral est moins avancé que chez le blanc, il est bien permis d'en conclure que c'est là le plus important facteur dans la prédisposition à la chorée.

On ne saurait attribuer cette différence aux conditions climatériques, Hirsch ayant montré par des faits concluants que la chorée n'est pas moins fréquente dans les pays chauds que dans les régions tempérées. Les réponses démontrent aussi que c'est une maladie spéciale des villes. Les plus grandes villes du nord et du sud en fournissent presque la même proportion. Elle est moins fréquente dans les petites villes et rare dans la pratique rurale. Vingt praticiens ruraux, représentant collectivement une période de 300 années d'observation, ont répondu n'en avoir jamais observé un seul cas. Aucun rapport ne peut être établi entre la chorée et l'influence paludéenne; il y a plutôt incompatibilité entre elles. Dans quelques districts très marécageux du sud, la maladie est inconnue des praticiens, et, lorsque ces marécages sont entourés de montagnes, on l'observe sur celles-ci et pas dans les plaines.

Influence de la température. L'influence de la saison et de ses conditions météorologiques est plus manifeste. M. Weir Mitchell a depuis longtemps été frappé de la fréquence de la chorée au printemps. Une analyse de tous les cas observés scientifiquement à Philadelphie pendant une période de cinq ans, avec la date précise du début, lui a donné la proportion de 20, 50 pour 100 du total des cas ayant débuté en mars. Cette proportion diminue dès le mois suivant pour s'élever durant l'été. Elle atteint son minimum en octobre avec 3,50 pour 100 seulement.

Ces oscillations, comparées avec la température, l'humidité et la pression barométrique correspondantes, in-

diquent seulement une augmentation vague de la maladie avec l'abaissement de l'humidité relative. L'assertion qu'elle prédominait dans les temps froids et humides n'en a pas été confirmée. La température paraît aussi indifférente. Elle a plus de rapport avec la pluie, la neige et les brouillards; mais les orages ont l'influence la plus marquée, et c'est en en étant les accessoires que la pluie et le ciel couvert paraissent y contribuer. (*Lancet*, 17 décembre 1881.)

Six semaines après une fièvre intermittente chez un enfant d'un an, des mouvements incoordonnés apparurent dans les membres, d'une telle violence que les mouvements de préhension et autres et jusqu'à l'articulation volontaire des sons étaient impossibles, comme la miction et la défécation volontaires. Un bruit de souffle mitral à la pointe du cœur parut même exister.

Le docteur Kinnicut administra une mixture de bromure de sodium avec chloral, qui amena du calme. Les mouvements cloniques cessèrent pendant le sommeil; absence d'albumine et de cylindres dans l'urine. La solution de Fowler et l'hyoscïamine, employés alternativement avec le chloral, achevèrent la guérison en quelques semaines.

On constata l'élévation de la température à chaque crise et la diminution des mouvements chaque fois que le chloral était administré; la marche irrégulière de la température et le cours de la maladie n'admettaient pas l'idée d'une forme larvée d'impaludisme. (*Journ. of nerv. diseases.*)

Repos, massage et suralimentation. Tout le traitement du docteur Goodhart et J. Philips, à l'hôpital des enfants Evelina, consiste dans ces trois conditions principales. Il est né de ce principe pathogénique, « que tous les enfants choréiques sont victimes d'une mauvaise habitude, mal élevés, au moins quant à leur système nerveux. » Tout choréique est ainsi plus ou moins nerveux et son éducation pratique doit être toute sa vie de réprimer et de contrôler ses mouvements. La chorée aiguë est plus qu'une mauvaise habitude : elle est encore dangereuse pour l'éducation. Plus un enfant est incité à des

mouvements volontaires, plus ses mouvements choréiques s'accentuent, et par là sa mauvaise habitude tend à se perpétuer et s'aggraver. Le repos au lit est donc la première condition pour l'améliorer.

Après avoir laissé deux à trois jours l'enfant au lit pour mieux observer ses mouvements choréiques, on soumet les muscles les plus agités au massage, et, de maigres et lâches, ils deviennent forts et sains, en étant malaxés d'une manière convenable. Les enfants sont soumis en même temps à une nourriture abondante, et une amélioration des mouvements désordonnés se manifeste en deux ou trois jours, dès que l'enfant a l'esprit plus tranquille. Il augmente de poids, les extrémités cessent d'être froides sous l'influence de l'activité de la circulation, le pouls tombe et devient plus régulier. Le massage amène le sommeil et avec lui la tranquillité. L'amélioration est ainsi rapide, comme 12 observations en témoignent. (*Lancet*, août.)

Un pareil traitement peut sembler une excentricité anglaise; mais tout praticien observateur sera obligé de se rendre à la réalité des raisons invoquées, et l'authenticité des faits ne permet pas de douter des résultats.

CIRRHOSE. Elle peut être simulée et même provoquée par la présence des helminthes, d'après un exemple observé par M. Letulle chez une cigarière de vingt-six ans, entrée à l'hôpital de la Charité en 1880. Des troubles digestifs avec vomissements et constipation, des épistaxis, des douleurs sourdes dans l'abdomen avec tuméfaction, sensibilité, foie volumineux, pâleur jaunâtre de la peau et coloration des urines, faisaient penser à une cirrhose, lorsque la malade rend subitement un curcubitin de tænia. Le tannate de pelletiérine avec jalap étant administré, la malade se trouve guérie, et, sauf deux accès fébriles, elle sort de l'hôpital deux mois après. (*Revue de méd.*, mai.)

Phlébite oblitérante. Parmi les nombreux désordres vasculaires dont le foie est le siège dans la cirrhose, il faudra dorénavant songer à l'oblitération des veines hépatiques, phlébite oblitérante, qui, par son importance et

sa fréquence, constitue un des grands caractères des cirrhoses veineuses. Telle est, en résumé, la conclusion à tirer du travail que M. Sabourin a publié à ce sujet. (*Revue de méd.*, août.)

Dans ses leçons cliniques faites à la Pitié sur les cirrhoses du foie ou hépatites prolifératives, M. Lancereaux en décrit trois espèces, aussi différentes par leur étiologie que par leur appareil symptomatique et les lésions anatomiques, dont voici les principaux caractères.

Dans la *cirrhose syphilitique*, le foie est profondément lobulé, sillonné, adhérant aux organes voisins par des tractus fibreux épais; les îlots de sa surface sont volumineux et irréguliers. Les travées conjonctives qui en divisent le parenchyme sont plus épaisses vers la périphérie, et la végétation cellulaire semble débuter autour des ramifications lymphatiques et artérielles. L'ascite est rare ou passagère et ne se montre qu'au début. Pas de dilatation veineuse ni ictère, à moins de compression accidentelle des voies biliaires. Foie ordinairement déformé, marche lente, guérison fréquente et pronostic assez bénin.

Le *foie impaludique* se distingue par son volume considérable, sa surface lisse ou à peine granulée, une consistance ferme, moindre cependant que dans l'hépatite alcoolique. La coloration rappelle celle du porphyre ou certains granits. La végétation du tissu conjonctif inter et intra-lobulaire à la fois reste à l'état embryonnaire. Nombreuses granulations pigmentaires des cellules glandulaires. Augmentation de volume de la rate; ictère persistant; marche lente.

La *cirrhose alcoolique* revêt deux formes : le foie est revenu sur lui-même, non adhérent, dur, fibreux, semé de granulations volumineuses, pisiformes, développées et disséminées dans toute son étendue; ou bien il est augmenté de volume, avec une surface lisse ou grenue, une hyperplasie conjonctive inter-lobulaire et dégénérescence granuleuse ou graisseuse des cellules glandulaires. Le diagnostic de la première forme est facile par l'amaigrissement considérable du malade, la sécheresse de la peau, le volume excessif du ventre avec ascite progressive et dilatation veineuse de la partie supérieure de

l'abdomen. L'obstacle mécanique de la respiration détermine habituellement la mort ; mais l'altération des cellules hépatiques peut simuler la cirrhose dite hypertrophique.

Dans la seconde forme, le foie ressemble par son volume au foie impaludique, et l'ascite fait également défaut ; mais, au lieu de la jaunisse longue et persistante qui caractérise celui-ci, elle n'est qu'un phénomène ultime dans la cirrhose alcoolique et revêt les caractères de l'ictère grave.

De là la possibilité de différencier ces espèces distinctes par leurs symptômes, leur marche, leur pronostic et leurs lésions, rendus évidents par des observations cliniques types. Le traitement ressort naturellement de cette étiologie. (*Revue de méd.*, juillet et octobre.)

Des cirrhoses mixtes. Thèse inaugurale soutenue à la Faculté de Paris, par le docteur Guiter, en 1881. En voulant les diviser et les distinguer, les classer d'après leurs caractères histologiques, comme les néphrites, voici que l'on est obligé d'en faire un ordre mixte, d'après les leçons même de M. Dieulafoy. C'est reconnaître implicitement que ces diverses formes ne sont souvent que les phases différentes d'une seule et unique affection, d'après la clinique. L'atrophie est souvent consécutive à l'hypertrophie et c'est ainsi qu'à force d'analyses et de divisions, on est obligé de réunir et de synthétiser. C'est le travail de Pénélope de la jeune École.

Cirrhose hypertrophique pigmentaire. Parmi les nombreuses complications du diabète, qui se multiplient tous les jours, celle-ci est une des plus rares, car elle n'a pas encore été signalée. Elle se manifeste pourtant avant que le diabète soit soupçonné, au point de se demander si elle en est cause ou effet. C'est ainsi que, à l'entrée à l'hôpital Tenon en 1880 d'un conducteur d'omnibus, M. Rendu fut frappé tout d'abord de sa teinte bronzée, rappelant celle de l'impaludisme, avec reflets plombés, comme chez les argyriques. Ce n'est que par un examen minutieux que l'on découvrit une cirrhose sans ictère ni polyurie. Le sucre ne se montra

que plus tard dans l'urine, et le malade vint ainsi mourir du diabète à l'hôpital des Tournelles, en 1881.

Il en était de même chez un homme de trente-sept ans, entré à Lariboisière le 24 août 1881. La teinte grisâtre et légèrement bronzée de la peau, surtout à la face, frappait tout d'abord chez ce malade, extrêmement amaigri, très débilité et cachectique. Il souffrait du ventre depuis un an, quoique sans cause appréciable, et l'affaiblissement de la vue et de la virilité, la soif et la polyurie pouvaient déjà mettre sur la voie du diabète qui détermina la mort le 15 novembre suivant.

Cette mélanémie ou mélanodermie remplace donc le signe de l'ictère dans cette cirrhose pigmentaire spéciale, constatée à l'autopsie par MM. Hanot et Chauffard. Elle offre encore ce trait distinctif d'une cachexie profonde, une consomption marastique frappante, par sa prolongation et sa durée, avec émaciation absolue et asthénie musculaire complète. En se distinguant ainsi des cas ordinaires de diabète, et malgré les efforts d'interprétation des auteurs pour la rattacher exclusivement à la glycémie, il est difficile d'admettre que cette altération spéciale n'ait pas une cause autonome. (*Revue de médecine*, mai.)

Sulla cirrosi epatica ipertrofica, avec symptôme d'ictère grave, par le docteur Ughetti, coadjuteur de la clinique médicale de Catane. Extrait du *Sperimentale*, octobre 1881, Florence. Il s'agit d'une femme de trente-six ans qui, au lieu de manger, buvait habituellement jusqu'à deux à trois litres de vin du pays, très riche en alcool, en y joignant d'autre vin en bouteille et de l'eau-de-vie. Elle se plaignait depuis quelque temps de dyspepsie et de catarrhe gastrique, avec des accès de fièvre vespérine, lorsque, prise d'accidents aigus le 17 mai, elle succomba un mois après, avec tous les symptômes de l'ictère grave.

Le foie, qui dépassait les côtes de 5 à 6 centimètres au début, fut trouvé peu augmenté de volume à l'autopsie. Il avait notablement diminué dans cette cirrhose hypertrophique graisseuse, mais sans que le tissu connectif ait pris la forme insulaire de M. Charcot. D'où

l'occasion de critiquer toutes ces classifications faites souvent avec un seul cas. L'auteur ne croit pas, d'après son observation très complète, que l'heure soit encore venue de faire ainsi des espèces et des variétés distinctes d'après l'histologie même. L'origine vasculaire a souvent tous les caractères de l'origine biliaire. Et, de même, la mort, toujours inévitable, arrive ainsi après quelques jours, comme le plus souvent après des mois et des années. Si l'alcoolisme est ici une cause de cette fin rapide, il n'en était pas de même dans les douze cas relatés par M. Sabourin. Cet exemple est donc l'analogue de ceux déjà cités par M. Rendu, où la mort a lieu par urémie, comme dans l'ictère grave par la suppression du l'urine. C'est à élucider cette question de la mort par urémie que l'auteur consacre son article, en discutant les faits et les opinions des divers auteurs.

Cirrhose atrophique aiguë. A l'opposé de la cirrhose atrophique de Laennec, essentiellement chronique, comme Frerichs l'a érigé en règle générale par sa prolongation pendant une ou plusieurs années, le docteur Hanot en relate une nouvelle variété par la rapidité de sa marche. Tandis que, dans la première, les troubles dyspeptiques marquent la période préalable, suivie de l'ascite progressive, avec développement anormal des veines abdominales sous-cutanées, atrophie du foie et augmentation de la rate, cachexie spéciale apyrétique, et la mort après une assez longue durée, la seconde est marquée par une évolution rapide d'une durée de deux à six mois avec un processus fébrile subaigu. Dès le début, il y a des douleurs plus ou moins vives dans l'hypocondre droit; l'ascite est précoce, sans le développement des veines abdominales. Un œdème assez considérable des membres s'y joint bientôt avec teinte subictérique, hémorrhagie ou suffusions sanguines, qui sans être aussi intenses sont plus communes que dans la cirrhose ordinaire. La mort arrive dans une profonde cachexie, un affaissement progressif allant jusqu'au coma, avec abaissement de la température. Cependant l'autopsie montre, comme dans la cirrhose atrophique chronique,

un foie petit, granuleux, de teinte chamois et sclérosé.

Quatre observations cliniques avec un excès de détails, qui en fait méconnaître les principaux, forment la base de cette nouvelle variété, entrevue par des auteurs précédents. C'est en attribuant sa marche aiguë aux diverses complications qui peuvent l'accompagner, comme la péritonite, qu'elle a été confondue avec la cirrhose ordinaire. L'absence de ces complications, dans les faits relatés, montre qu'elle en est indépendante. C'est en la distinguant du cancer du foie primitif ou secondaire, de la lithiase biliaire et même d'une péritonite généralisée à l'état chronique, que l'auteur en forme le tableau. Sa prolixité empêche d'en saisir les principaux détails et de s'y arrêter. (*Archiv. de méd.*, juin et juillet.)

COEUR. *Affections aiguës chez le vieillard.* Elles sont si rares que, sur 134 autopsies faites à la Salpêtrière par M. Féré du 1er janvier au 10 août 1881, il n'a constaté que 7 cas de lésions cardiaques aiguës. Elles étaient secondaires à une pneumonie dans un cas, et il s'agissait de lésions séniles dans deux autres. Mais elles coïncidaient manifestement avec des altérations rénales dans les quatre derniers. Quant à cette extrême rareté des maladies aiguës du cœur dans la vieillesse, on ne peut l'attribuer qu'à l'*égoïsme organique* propre à cet âge, en opposition avec la solidarité physiologique si manifeste des autres périodes de la vie. La résistance du cœur à se prendre après la soixantaine est si marquée qu'il n'obéit plus même à la loi de coïncidence de Bouillaud. Sur 5 cas de rhumatisme aigu, observés à l'hôpital général de Rouen, par le docteur Duménil, chez des vieillards de soixante-quatre à quatre-vingt-un ans, une seule péricardite aiguë en est résultée, tandis qu'en voici au contraire quatre cas coïncidant avec des lésions rénales.

D'où cette notion pathogénique importante dans le diagnostic des cardiopathies aiguës chez le vieillard, qu'elles sont surtout liées aux affections rénales et que l'altération du sang, consécutive aux troubles qu'elles produisent, suffit à les déterminer. C'est la signification principale ressortissant de ces douze observations cliniques. (*Revue de méd.*, mars.)

Fréquence des murmures cardiaques dans l'état puerpéral. Sur 111 femmes examinées, différents murmures ont été constatés chez 84 par le docteur A. Moncy. Sauf deux cas où ils coïncidaient avec des maladies organiques, ces murmures, entendus un à deux jours après la délivrance, étaient invariablement systoliques et localisés dans le cœur droit, sans aucune lésion ni souffrance appréciable.

Ils se distinguent en trois variétés, suivant leur siège, leur timbre et leur caractère. Les plus nombreux perçus dans 51 cas, sous forme de murmure endocardique ordinaire, comme un souffle doux et prolongé à chaque battement, étaient localisés 36 fois dans l'aire tricuspide, 8 fois dans la mitrale et 6 fois dans la pulmonaire, une seule fois dans l'aorte avec quelques différences minutieusement signalées par l'auteur.

Dans 29 cas, ils avaient le caractère de frottement superficiel exocardique et très localisé au-dessus et à gauche du cartilage ensiforme, sans se reproduire à chaque battement. Ils étaient rudes et à tonalité élevée.

Les moins nombreux, formant la troisième variété, sont remarquables par leur force et leur inconstance et s'entendent le plus souvent de l'un ou l'autre côté de la base du cœur. Ils coïncident avec son excitation par la fièvre ou l'émotion et s'associent à des râles, à la toux.

La plupart de ces murmures sont temporaires, passagers et indépendants de toute lésion cardiaque ; mais ils paraissent résulter de la force des battements valvulaires du cœur droit, plus énergiques dans l'état puerpéral, par suite de la tension augmentée de l'artère pulmonaire. (*Royal med. and chir. Society*, 28 février, et *Lancet*, 4 mars.)

Dégénérescence graisseuse. Comme contre-indication formelle à la chloroformisation, le professeur Hardy en prononce le diagnostic aux signes suivants : mollesse et surtout lenteur du pouls, faiblesse des mouvements et des bruits du cœur, diminution ou disparition du premier bruit, ensemble des symptômes ordinaires des affections organiques du cœur sans les bruits anormaux des lésions d'orifices, signes physiques ou symptômes

des athéromes artériels avec coïncidence des caractères de la goutte ou de l'alcoolisme, ne permettront guère de se tromper. (*Acad. de méd.*, 14 mars.)

La matité exagérée, la faiblesse du choc de la pointe et des bruits, un pouls faible et lent, rare, manquant souvent, avec dyspnée sans aucune lésion pour l'expliquer, sont, pour M. de Stoffella, les meilleurs signes de diagnostic du cœur gras.

Cette dégénérescence est toujours l'expression d'un vice de nutrition, soit général, comme l'anémie, soit local, par l'exsudat péricardique ou l'athérome des coronaires. Chez les animaux, la stéatose du cœur se produit par l'élévation de la température et des saignées répétées, par le résultat commun de ces deux facteurs, qui est d'enlever les globules rouges du sang. (*Wiener med. Press*, n° 19, 1881.)

Bruits cardiaques et péricardiques. On les distingue facilement, d'après le docteur Lynch, quand le bruit de frottement règne vers la pointe du cœur, ce qui en rend la confusion plus fréquente. En faisant respirer largement et avec lenteur le malade, ce bruit de frottement augmente pendant l'inspiration et atteint son maximum quand la dilatation pulmonaire est complète. Cette intensité reste très grande, lors même que le malade retient sa respiration. Elle diminue au contraire graduellement pendant l'expiration, sans jamais disparaître complètement. Le bruit cardiaque existe ainsi dans tous les temps de la respiration, malgré ses variations très nettes d'intensité. (*London med. Record*, février.)

Bruit de galop du cœur droit. Voy. ASPHYXIE.

Rapports des cardiopathies avec les névralgies du membre supérieur. Les observations cliniques suivantes ont été faites par le professeur Potain. Un soldat est blessé au bras gauche, et sa blessure nécessite l'amputation ; la cicatrisation du moignon cause des tiraillements des nerfs, et le jeune homme, longtemps après la guérison, est pris de suffocations, de palpitations, avec hypertrophie du cœur. Ces espèces de lésions sont presque toujours suivies d'hypocondrie.

Un autre jeune homme avait eu l'avant-bras gauche écrasé; il en était résulté une fracture comminutive, avec des plaies qui produisirent des cicatrices douloureuses. Après une grande fatigue, il éprouva des battements de cœur, de l'oppression, à tel point qu'il fallut, comme dans le premier cas, renoncer aux exercices violents, à un service actif. Il avait tous les signes de l'hypertrophie simple du cœur et était aussi devenu hypocondriaque.

Un soldat avait eu l'aisselle gauche traversée par une balle. Il se fit une rétraction cicatricielle qui abolit l'extension du bras et nécessita des mouvements forcés provoquant de vives douleurs. Depuis, le blessé ressentit des palpitations, de l'oppression, et, quelque temps après, l'auteur constata une hypertrophie considérable du cœur.

Voilà donc trois cardiopathes qui, n'ayant rien au cœur avant la lésion brachiale douloureuse, ont présenté des palpitations et de l'hypertrophie du cœur gauche. Ici, la digitale était indiquée. Ces faits diffèrent de ceux dans lesquels l'hypertrophie, siégeant au cœur droit, est causée par l'irritation des voies digestives. Dans ces cas, il ne faut pas de digitale, mais un traitement approprié à l'état du tube digestif.

A l'appui de cette interprétation étiologique, M. Verneuil cite le cas d'un jeune homme auquel il amputa le bras gauche en 1870. Le moignon devint conique par suite de la croissance du sujet, et bientôt des douleurs en résultèrent par la compression des nerfs. Une cardiopathie intense y succéda avec hypocondrie. L'extirpation des névromes fut pratiquée, et, trois mois après, la cardiopathie avait disparu, ainsi que l'hypocondrie. La guérison était complète.

Un fait absolument identique a été observé par M. Duplouy, et M. Ollier, ayant fait la résection du nerf saphène tibial gauche en 1867, a assisté ensuite au développement de l'affection cardiaque. D'où l'analogie avec l'angine de poitrine, qui détermine parfois une douleur dans la jambe gauche. (*Congrès de La Rochelle.*)

Rôle du système nerveux dans les maladies du cœur,

par le docteur Lamarre. Brochure in-8 de 160 pages, Paris. Les palpitations essentielles ou idiopathiques forment le principal sujet de ce travail. Elles dépendent d'une névralgie du plexus cardiaque, d'après l'auteur. Un homme jeune, vigoureux et bien constitué, est pris à plusieurs reprises d'oppression et de palpitations, sans que les recherches les plus minutieuses aient pu en découvrir la cause. Il n'existait aucune affection organique, d'après l'auscultation et la sphygmographie. Ces crises de palpitations avaient une intensité si extraordinaire qu'elles déterminèrent une grande anxiété. La digitale et le bromure de potassium ne firent qu'aggraver ces accidents. D'après l'action sédative du fer à doses massives, un gramme de phosphate de fer tribasique ayant été prescrit par jour, 50 centigrammes par repas, ils disparurent complètement. Cette médication a réussi de même à chaque récidive.

Une jeune fille, prise pendant plusieurs années consécutives de crises de palpitations pendant un mois, fut guérie de même par la poudre suivante :

Phosphate tribasique de fer................	0 gr.	50
Phosphate tribasique de soude.............	0	25
Bicarbonate de soude.......................	0	10

Pour un paquet à prendre à chaque repas.

Ces exemples suffisent à montrer tout l'intérêt pratique de ce travail.

Caféine. Son emploi contre les affections du cœur vient d'être remis à l'ordre du jour par deux jeunes cliniciens distingués : le professeur Lépine, de Lyon, et le docteur Huchard de Paris. Sans s'accorder absolument sur ses effets et son importance, le premier en faisant l'égale de la digitale et le second son subordonné, ils sont unanimes à reconnaître : 1° qu'elle doit être administrée à plus haute dose que le faisaient Gubler et ses imitateurs ; 2° que son action est rapide, ainsi que son élimination ; 3° qu'elle ne s'accumule pas dans l'organisme, comme la digitale, et est exempte d'accidents. D'où l'indication de son emploi à doses réfractées, pour tenir le cœur sous son influence, qu'elle ranime, sti-

mule, excite en régularisant ses battements dans diverses asystolies. Elle ne les guérit pas toutes; mais son action spéciale dissipe la dyspnée, les hydropisies, les infiltrations cardiaques et l'albuminurie, qui en sont la conséquence, par l'abondante diurèse qu'elle produit. La preuve de son action sur le cœur est sa nullité contre l'albuminurie essentielle ou de toute autre origine et son défaut d'influence diurétique sur les hydropisies hépatiques et rénales, tandis qu'elle se manifeste contre ces deux symptômes dans presque toutes les cardiopathies.

Son innocuité la rend donc supérieure à la digitale, car son intolérance par l'estomac résulte ordinairement de l'altération du foie. Elle rend surtout de grands services dans la dégénérescence graisseuse, quand l'asystolie se complique de cardioplégie, que la digitale est impuissante à vaincre. Mais il faut en commencer l'emploi à dose massive, par 25 à 50 centigrammes d'emblée, en élevant graduellement et rapidement cette dose de 50 à 75 jusqu'à 1 et même 2 grammes, que l'on divise toujours en trois parties égales, à administrer à intervalles égaux dans la journée. C'est grâce à cette facilité, cette tolérance d'administration qu'elle réussit où la digitale échoue, tandis que celle-ci ne se montre jamais supérieure, tout en réussissant mieux dans certains cas. (*Huchard.*)

Elle n'a pas déterminé un seul cas d'intoxication; mais elle produit chez certains malades de l'insomnie et de l'excitation nerveuse. Son prix encore élevé est le principal inconvénient de son emploi. Entre les diverses observations recueillies à l'hôpital Tenon par M. Huchard en sa faveur, la suivante en marque toute la valeur.

Femme de quarante-cinq ans, emphysémateuse, ayant un rétrécissement mitral avec insuffisance tricuspidienne, caractérisée par un souffle sous-sternal, pouls jugulaire très accentué et battements hépatiques. Albuminurie abondante, infiltration énorme, ascite, hydrothorax à droite, congestion œdémateuse des deux poumons, pouls inégal, petit, dépressible, et choc précordial à peine sensible, dyspnée extrême se changeant en orthopnée le soir,

avec cyanose qui faisait craindre la mort prochaine. L'estomac ne supportait ni le lait ni la digitale. Seule, la morphine en injections sous-cutanées apportait un soulagement momentané, mais en diminuant la quantité d'urine réduite à 150 grammes.

Les bons effets obtenus de la caféine dans plusieurs cas analogues la firent alors administrer à 50 centigrammes, élevés au triple dès le troisième jour. Ce fut une véritable résurrection. Dès le deuxième jour, les accès de dyspnée étaient diminués, l'urine à 800 grammes; le pouls reprenait de la force et de la régularité et la diurèse, en augmentant, s'éleva de 1 500 à 3 500 grammes. En quinze jours, l'infiltration des membres, l'ascite, la congestion œdémateuse des poumons avaient presque disparu, ainsi que les battements veineux du cou et du foie. Trois semaines après, la malade quittait l'hôpital, avec une santé satisfaisante. La dose journalière de caféine s'était élevée jusqu'à 2 gr. 30. (*Soc. de thérap.*, 26 juillet, et *Lyon méd.*, n° 29.)

Extraits de muguet. Ils sont de deux espèces : l'un, alcoolique, est la convallarine ; l'autre, aqueux, s'appelle convallalarine : c'est le plus actif ; il détermine sur les animaux à sang froid et sang chaud un ralentissement notable des troubles cardiaques et de la respiration, avec augmentation de la pression artérielle. Tel est le résultat des expériences faites par le professeur G. Sée, pour vérifier les effets attribués par les médecins russes au principe actif du muguet. Il a constaté que les fleurs seules étaient à peu près inactives et que c'est dans la plante entière qu'il réside.

Une goutte d'extrait aqueux, déposée sur le cœur d'une grenouille, arrête en systole les battements en une minute. Deux gouttes déposées sur le cœur d'une tortue font descendre, en une minute, le nombre des pulsations de 36 à 4. Chez un chien de moyenne taille, 5 centigrammes en injection intra-veineuse suffisent à ralentir les battements du pouls, les mouvements respiratoires, et à augmenter notablement la tension du sang dans les vaisseaux. Ces trois ordres de phénomènes sont caractéristiques du muguet.

Administré à l'homme dans 17 cas d'affections cardiaques prises au hasard, savoir :

Insuffisance mitrale	5 cas.
Rétrécissement de l'orifice mitral	2 —
Dilatation du cœur	2 —
Hypertrophie de croissance	1 —
Maladie de Corrigan	4 —
Arythmie simple	1 —
Péricardite chronique	1 —
Hypertrophie avec rétrécissement mitral chez un diabétique	1 —

ce nouveau médicament s'est montré plus puissant que la digitale et n'ayant pas, comme elle, une influence marquée sur l'appareil digestif. Il augmente l'énergie du cœur, diminue le nombre des pulsations de 10 à 20, les régularise en vingt-quatre heures et réussit très bien contre les palpitations dans les lésions organiques du cœur. C'est enfin le plus puissant des diurétiques. (*Acad. de méd.*, 4 juillet.)

Son influence diurétique est surtout démontrée par l'observation suivante de M. Moutard-Martin, chez un homme atteint d'affection organique du cœur, dont les urines, parfois albumineuses et normales en quantité, avaient notablement diminué depuis quinze jours, coïncidemment avec l'apparition de l'œdème pulmonaire et des extrémités. La digitale ne diminua pas les phénomènes asystoliques. L'extrait de muguet, à la dose de 50 centigrammes en trois fois dans la journée, eut au contraire un effet très sensible. Une demi-heure après l'ingestion du premier tiers, la diurèse apparut, et de 500 grammes, l'urine s'éleva le même jour à 3 350 gr., en atteignant de 4 000 à 6 400 gr. les jours suivants, sans renouveler le médicament. Elle resta à 3 200 gr. pendant dix jours, pour tomber à 1 200 gr. ensuite.

Ce médicament fut prescrit de nouveau, sans aucun résultat, malgré la dose progressive de 2 grammes, dans des cas absolument analogues. Aucun effet diurétique appréciable n'en put être obtenu. D'où la réserve à admettre son action diurétique. (*Soc. de thérap.*, 12 juillet.)

Ce serait là un médicament instable ou infidèle,

d'après M. Tanret, à cause des différences de la floraison et de la récolte de cette plante. En traitant la teinture alcoolique du muguet par différents procédés, il obtient une espèce d'alcaloïde appelé convallamarine, à peu près blanc et de l'aspect de la digitaline ordinaire. Mais ce traitement ne donne que 2 grammes par kilogramme de plantes fraîches. Les solutions de ce glucoside paraissent même instables, d'après les expériences. On ne peut donc guère compter sur ce produit. (*Bull. de thérap.*, 15 août.)

Plaies. La mort s'ensuit de quatre manières : par asphyxie, résultant de l'accumulation du sang dans le péricarde : dix à vingt minutes suffisent à la produire ; par hémorrhagie, elle peut tarder jusqu'à soixante-trois heures. La destruction des ganglions auto-moteurs et l'occlusion des artères coronaires forment les deux dernières.

Devant l'expectation des médecins, laissant mourir tranquillement ces blessés, le chirurgien Block a pensé à intervenir par une incision du péricarde, pour empêcher l'asphyxie ou l'hémorrhagie par la suture. Pour démontrer la possibilité de ces opérations délicates, il les a pratiquées expérimentalement sur des chiens et des lapins, qui les ont parfaitement supportées. Trois à quatre minutes suffisent à cet effet avec les instruments qui sont dans toutes les trousses.

Il offre en preuve quatre lapins vivants ayant subi l'ouverture des deux cavités thoraciques et du péricarde et quatre autres ayant supporté celle des deux ventricules et même l'écrasement total du cœur. Un chien très alerte, ayant subi une déchirure du cœur avec ouverture des cavités thoraciques et la suture du poumon pour les fermer, est aussi exhibé à l'appui.

Pour empêcher l'hémorrhagie gênante pendant la suture, on pince le cœur à la pointe et on le tord en tirant à soi pour faire cesser le pouls et la respiration. On opère ainsi sur un cœur parfaitement tranquille, sans qu'un seul animal ait succombé dans cette manœuvre. La simple traction peut suffire à fermer la déchirure. Le pouls et la respiration se rétablissent aussitôt.

Quatre animaux ayant supporté cette opération, et vivant depuis plusieurs mois, ont été présentés au 11e Congrès des chirurgiens allemands. (*Centralb. für chir.*, no 29, et *Revue de chir.*, octobre.)

Ces curieuses expériences ne sont pas le point le plus surprenant de cette communication. La prétention de l'auteur, c'est que la suture du cœur et la résection du poumon deviennent des opérations que chaque médecin pratique aussitôt en cas de besoin. Il s'agit donc de confirmer si l'homme sera aussi lapin que ceux-là.

COLIQUES SATURNINES. *Influence de l'acidité.* Des ouvriers maniant le plomb, ou exposés à ses émanations depuis longtemps sans accidents, peuvent être pris subitement de coliques atroces, sans avoir rien changé à leurs occupations ; l'usage accidentel de boissons ou d'aliments acides suffit à cet effet, comme le professeur Potain en a observé plusieurs exemples dans sa clinique. Un ouvrier chaudronnier, occupé depuis cinq ans à luter des tuyaux de calorifère à Paris avec un mastic au minium, sans en avoir éprouvé aucun accident, quoique présentant un liseré gingival très marqué, indiquant une intoxication ancienne, fut appelé en province pour monter des calorifères. Contrairement à ses habitudes, il but du cidre au lieu de vin et fut aussitôt pris de coliques atroces qui l'ont amené à l'hôpital.

Beaucoup d'ouvriers peintres, n'ayant jamais éprouvé de coliques de leur état à Paris, en sont ainsi pris chaque année en allant faire des travaux à la campagne, soit par suite de l'usage de la piquette ou du cidre qu'ils boivent, sinon des aliments acides pris en excès, comme la salade ou certains fruits. L'acidité, en solubilisant tout à coup les composés plombiques absorbés et restés insolubles dans un milieu neutre, est la cause de cette action pernicieuse. L'embarras gastrique, succédant à des excès de boissons non acides, peut aussi donner lieu à des coliques de plomb accidentelles, chez les ouvriers le travaillant, par le milieu acide qui en résulte. Un peintre en bâtiments, très amateur de moules, eut l'idée, pour empêcher l'urticaire en résultant,

d'ajouter du vinaigre à leur préparation. L'urticaire fut alors remplacée par une formidable colique de plomb.

Ce mécanisme a été démontré expérimentalement, il y a quelques mois par le docteur Archambault. Une poudre de cristal impalpable, servant à fabriquer des objets dits contre-oxydés, avait suffi à faire succomber deux ouvriers à l'intoxication saturnine. En ingérant cette poudre et en prenant un vomitif peu de temps après, pour la rendre comme elle avait été avalée, aucun accident n'en résultait; mais, en buvant du vin aigre ou du vinaigre après son ingestion, cette poudre, étant dissoute dans l'estomac, provoquait les plus graves accidents. D'où l'indication précise, pour les personnes exposées à l'absorption du plomb, sous quelque forme que ce soit, de se garder avec soin d'aliments et de boissons acides pour prévenir l'empoisonnement. Les *tea to talers* sont ainsi exclusivement employés en Angleterre dans certaines usines à condition de ne boire que du thé. (*Journ. de méd. et chir. pratiq.*, novembre.)

COLOTOMIE LOMBAIRE. Après avoir passé le détroit et s'être parfaitement naturalisée en Angleterre, de préférence à celle de Littre, contre l'obstruction du rectum, cette opération d'Amussat revient dans son pays d'origine, avec des indications plus précises et étendues contre le cancer du rectum. Les premières tentatives de M. Labbé, communiquées en 1878 et non en 1879, comme il l'a dit, — le temps passe si vite, — ont été suivies promptement d'autres succès par le professeur Trélat, qui fixe ainsi les limites de cette opération :

Cancer inaccessible ou indépassable;

Existence d'accidents caractérisés;

Bon état général du sujet.

Ses avantages sur l'entérotomie inguinale sont, en portant sur un point déterminé et toujours le même de l'intestin, d'être extrapéritonéale et plus rapprochée de l'anus, ce qui permet une digestion complète et la régularisation des selles; l'anus lombaire est ainsi moins incommode que l'anus inguinal.

L'incision de la peau doit avoir de 8 à 10 centimètres sur une ligne étendue de l'épine iliaque antéro-supé-

rieure gauche à l'angle formé par la réunion de la douzième côte avec le bord interne des muscles saero-lombaires. Le milieu de cette incision doit correspondre à une ligne parallèle au bord externe de la masse sacro-lombaire et partant à 2 centimètres en arrière du milieu de la eôte iliaque.

On reconnaît le côlon à son contenu s'il est plein et, s'il est vide, à sa couleur blanchâtre, comme fibroïde, tranchant sur la graisse jaune et la rougeur du muscle. On peut faire jouer ses parois l'une sur l'autre. Son incision, d'après le préeepte de Nélaton, doit avoir lieu entre deux anses de fil passées à 32 millimètres de distance à travers toutes les tuniques pour fixer le côlon contre la plaie. Puis, en pénétrant avec l'aiguille dans l'intestin perpendiculairement, à égale distanee des deux bords de la plaie cutanée, on la fait ressortir à quelques millimètres en dehors, et on la passe ensuite dans l'épaisseur des lèvres de la plaie, de dedans en dehors. La même manœuvre se répète avec un nouveau fil du eôté opposé, en pénétrant l'intestin par le premier trou; trois autres, à 8 millimètres de distance, paraissent très suffisants.

Un traetion exercée par un aide en sens inverse sur les anses de fil de ehaque eôté suffit à faire bâiller les trous communs aux deux fils, et l'on incise l'intestin entre eux dans une étendue de 3 centimètres seulement. Appliqué ainsi intimement à la peau, il n'y a qu'à serrer les fils pour que toute issue des matières fécales soit prévenue dans la plaie. Il n'est pas néeessaire de réunir la plaie eutanée plus grande que l'anus artifieiel. Un point de suture au voisinage de l'intestin suffit pour en éviter le tiraillement.

Le pansement eonsiste en un tampon phéniqué reeouvert d'une eompresse, d'une toile cirée et d'un bandage de corps. Il doit être renouvelé très fréquemment.

Deux malades ainsi opérés en ont éprouvé les résultats suivants :

Le premier, âgé de vingt-trois ans, était déjà eaehectique. Il eut trois mois de santé relative sans douleurs ensuite. Les progrès du eaneer et sa généralisation dans le foie déterminèrent la mort six mois et douze jours après, sans qu'il ait jamais souffert de son anus artificiel,

agrandi de 4 à 8 centimètres, sous l'influence de l'amaigrissement.

Quinze jours après l'observation, la seconde malade allait très bien, sans souffrir aucunement de la nouvelle voie créée, et put se présenter un mois après à la Société de chirurgie.

Contre un sarcome du rectum, chez un garçon de vingt-un ans, déjà dilaté à deux reprises et ne pouvant plus admettre l'index, M. Pozzi pratiqua la même opération. L'opéré survécut cinq mois en santé relative, aidant aux travaux de la salle. Si les progrès du mal n'en sont pas entravés, on soulage du moins infiniment les malades; tous ceux qui la pratiqueront pourront le confirmer.

Il existe sans doute d'autres moyens de soulagement, la dilatation d'abord, que M. Després préconise exclusivement. Jamais il n'a rencontré une obstruction complète. Les laxatifs, les lavements, les bains suffisent, en rendant les selles liquides, à la défécation. On soulage les malades en écrasant les fongosités avec le doigt et en les faisant saigner. Les douleurs ne résultent pas du contact des matières durcies, ce sont les douleurs lancinantes du cancer. Le contraire est très rare. Dans deux cas de cancer, il introduisit trois doigts et dilata suffisamment le rétrécissement chez le premier malade. Le second, qui avait des vomissements fécaloïdes, put supporter la main entière dans le rectum, à la manière allemande, et les accidents cessèrent. Un vésicatoire sur l'abdomen et des bains quotidiens complétèrent l'amélioration. Tous les néoplasmes du rectum n'exigent pas une opération, et, dans les cancers infranchissables, pourquoi opérer, puisque le malade est fatalement condamné?

Les nombreux cas d'occlusion complète opérés en Amérique et en Angleterre, et ceux exécutés en France par M. Labbé (Voy. Obstruction, 1878) répondent à ces objections. Une survie de six ans a été obtenue dans un cas, et elle est en moyenne de dix-huit mois à deux ans, quand on n'attend pas trop tard. Un chirurgien n'est donc pas en droit de refuser ce bénéfice à un malade, quand les médecins prodiguent des adoucissements à des incurables. L'opération a deux avantages incontestables, celui de remédier aux accidents aigus de l'occlu-

sion intestinale quasi-complète et celui de retarder l'évolution du néoplasme.

La rectotomie linéaire est bien préférable, selon M. Verneuil qui l'a introduite, quand le siège du mal permet de la pratiquer. Mais il faut pouvoir atteindre la partie supérieure du néoplasme. En supprimant le rétrécissement et le ténesme, elle fait cesser la douleur produite par l'obstruction ; celles du cancer sont secondaires. La colotomie n'est indispensable à cet effet que quand la dilatation d'une part et la rectotomie de l'autre ne peuvent obvier à cet accident. C'en est l'indication principale.

Les rétrécissements cicatriciels seraient aussi justiciables de la colotomie, d'après un exemple présenté par M. Tillaux sur un garçon de vingt ans, ayant épuisé toutes les tentatives locales : dilatation, rectotomie, extirpation partielle, etc. Amaigri, sans forces, cachectique, il était menacé tous les jours d'accidents nouveaux, qui mettaient sa vie en danger. La colotomie fut pratiquée, il y a trois ans, et l'opéré a repris ses forces, est revenu à la santé et retrouvé le besoin de la défécation, au point que, se promenant dans le jardin de l'hôpital Beaujon, il pouvait remonter deux étages pour le satisfaire. Allingham cite l'exemple d'un homme, dans une position sociale élevée, qui, dans un cas analogue, vécut de longues années avec un anus artificiel, sans que l'on s'en aperçut. Refuser cette ressource, comme ce père de famille, lancé dans de graves spéculations, qui succomba avant le règlement de ses affaires, c'est perdre cette immense chance et préférer une mort certaine. (*Soc. de chir.*, décembre 1881 et janvier.)

Une seconde application, faite par M. Trélat, a eu le même succès que la première. L'opéré se promène et se porte à merveille. Comparez, dit-il, cette opération avec l'excision directe de la tumeur, réclamée par Marc Sée, avec les faits les plus récents.

J'ai opéré trois fois déjà un malade sur lequel j'avais diagnostiqué, dès le début, un épithélioma. Il va mourir incessamment.

J'ai perdu, sept jours après mon intervention, une opérée chez laquelle j'avais la conscience d'avoir aussi bien

observé que possible le manuel opératoire. Je pourrais multiplier les exemples.

Vous savez ce que devient le cancer du rectum abandonné à lui-même, comme l'expectation, voulue par Després, dans les cas de ce genre, sous prétexte d'incurabilité. Ce n'est pas, d'ailleurs, pour guérir l'épithélioma du rectum que les Anglais préconisent cette opération, mais pour éviter le contact des matières fécales. Quand la tumeur n'est pas facilement accessible, ou que le cours des matières est arrêtée, la colotomie lombaire est supérieure à toutes les autres pratiques. (*Idem*, 7 juin.)

Une nouvelle extension est donnée en Angleterre à cette opération simple contre les rétrécissements du côlon descendant. M. Bryant en a fait la première application avec succès, en excisant l'anneau rétréci. Il en a constaté plusieurs cas à l'amphithéâtre, aussi bien qu'en exécutant la colotomie, et il croit qu'à l'avenir, avant d'ouvrir l'intestin, il sera prudent de s'assurer s'il n'existe pas un rétrécissement au voisinage de l'obstruction par le cancer et inappréciable par le toucher rectal. Ces rétrécissements annulaires sont ordinairement au-dessus et l'on pourrait en faire l'excision simultanément avec la colotomie. (Voy. RÉTRÉCISSEMENTS.)

Colectomie est la dénomination appliquée par le professeur J. Marshall, de *University college*, à cette résection du côlon. N'ayant pu découvrir la cause d'une obstruction intestinale chez une femme de quarante-neuf ans, même dans l'anesthésie, il fit une incision exploratrice de la paroi médiane de l'abdomen et constata une tumeur cylindrique sur le côlon descendant. Elle fut aussitôt excisée, avec la paroi de l'intestin adhérent, par une incision latérale gauche. Les deux lèvres de l'intestin ouvert furent fixées aux bords de la paroi abdominale, à peu près comme dans la colotomie lombaire, tandis que l'incision médiane fut refermée par des sutures profondes. L'opérée succomba malheureusement dès le troisième jour, bien que la tumeur ne fût pas épithéliomateuse. Un historique complet de cette opération suit cette observation. (*Lancet*, 6 et 13 mai.)

Une modification ingénieuse, facilitant la suture de l'intestin, a été apportée récemment à cette opération délicate par M. Trèves. Le côlon étant fixé au-dessus et au-dessous de l'obstruction par deux clamps dont les mors sont garnis de caoutchouc, la résection est faite entre eux. Les deux bouts libres de l'intestin divisé sont alors rapprochés, et, deux barres transversales réunissant les clamps à la distance voulue, il en résulte une tige rigide et immobile. Mais la difficulté d'appliquer des sutures sur un intestin flasque et mou, qui est le point important de l'opération, a fait imaginer un ballon oblong, en bandruche ou caoutchouc, en forme de bourse ou de sac, du diamètre de l'intestin et pourvu au milieu d'un œillet métallique servant à l'insuffler. Introduit vide dans les deux extrémités de l'intestin à suturer, on l'insuffle pour les dilater, ce qui permet de les aboucher et de les suturer exactement ensemble, sans intéresser la muqueuse. Avant de terminer vis-à-vis l'ouverture, on ouvre celle-ci, et, l'air s'échappant, on retire ce tube mou, et, les dernières sutures étant faites pour fermer le gros intestin, il devient perméable, sans danger d'épanchement, aussitôt les clamps enlevés, comme l'a démontré l'application de ce procédé, faite sur un homme *in extremis* et mort douze heures après. (*Royal med. and chir. Society*, 12 décembre.)

CONJONCTIVITE. Par sa rapide propagation à tout le globe oculaire, cette imflammation a conservé surtout l'appellation générique d'ophthalmie. On dit encore indistinctement ophthalmie purulente, blennorrhagique, diphthéritique, pour désigner les inflammations spécifiques, localisées de cette membrane. La précision commande de rectifier cet abus traditionnel par le titre qui lui convient exclusivement.

Conjonctivite purulente. *Origine rhumatismale.* Il y aurait lieu de réviser, suivant M. Maurice Perrin, l'étiologie de l'ophthalmie purulente, au moins en ce qui concerne la variété blennorrhagique, que l'on admet souvent légèrement, sans preuves et même sans y regarder, notamment chez les militaires. Il rapporte en effet cinq

observations de conjonctivite purulente chez de jeunes militaires absolument indemnes d'écoulement et dont la diathèse ou l'hérédité rhumatismale rendaient seules compte. Aucun n'avait été exposé à une contagion directe, et quatre sur cinq étaient atteints coïncidemment de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu. Par sa généralisation et l'envahissement de la conjonctivite bulbaire, celle-ci se distinguait nettement de l'espèce catarrhale, toujours localisée dans les culs-de-sac.

Quant à se rendre compte comment le rhumatisme produirait l'ophthalmie purulente, l'auteur ne risque aucune théorie. Il lui suffit de montrer l'exemple concluant d'une conjonctivite purulente, double et très aiguë, chez un garçon vierge de tout écoulement. Dès le lendemain, un suintement uréthral avec fièvre apparut spontanément, sans aucune contamination, en même temps qu'une arthrite du genou gauche. Son père, rhumatisant, avait éprouvé le même accident. Le fait est que cet écoulement cessa spontanément, comme il était venu, quatre jours après, et absolument sans traitement, et la conjonctivite par un traitement approprié. Le rhumatisme seul persista et parcourut ses périodes.

Trois mois plus tard, les mêmes accidents se reproduisirent dans un ordre identique et disparurent de même, excepté le rhumatisme, fixé à l'épaule gauche, et d'autres articulations ensuite. (*Acad. de méd.*, janvier.)

Etant admis que la diathèse rhumatismale peut avoir des manifestations locales sur l'urèthre, ne peut-elle exercer une action semblable sur la conjonctive, en vertu de certaines prédispositions? C'est à élucider cette question par de nouveaux faits que les praticiens doivent tendre.

Outre les diverses lésions constatées par Gigot-Suard en 1873, chez des chiens empoisonnés avec l'acide urique, une expérience du docteur Coignard tend à justifier cette interprétation. Une chienne de quatre mois, ayant été soumise à l'usage quotidien de 50 centigrammes d'acide urique, fut non seulement prise de polydipsie, puis d'eczéma, mais l'œil gauche s'est ensuite enflammé. Ce ne fut d'abord qu'une conjonctivite séreuse, qui devint bientôt purulente; tout l'œil a été pris; la cornée a

éclaté et est devenue opaque ensuite, grâce à des lavages chauds additionnés d'acide borique à 4 pour 100. C'est donc absolument la même chose que chez le premier malade de M. Perrin, né de parents rhumatisants et ayant probablement un excès d'acide urique dans le sang. L'uricémie serait donc la cause de ces conjonctivites purulentes. (*Journ. de thérap.*, n° 8.)

La gravité de cette affection ressort d'un cas observé par le docteur Dransart, chez un mineur de la compagnie d'Anzin, âgé de trente-un ans. Atteint d'un rhumatisme articulaire aigu, il fut pris quinze jours après, étant encore au lit, d'une ophthalmie purulente de l'œil droit. Dans l'impossibilité de se rendre à l'Institut ophthalmique, il ne soigna pas son œil, et la perte en fut si rapide que, en se présentant après sa guérison, la cornée était détruite avec hernies multiples de l'iris et une abolition complète de la vue. L'œil gauche était normal. Si rare que soit cette complication rhumatismale, ce fait est donc une nouvelle démonstration de sa gravité spéciale, en mettant son origine hors de contestation.

Le catarrhe de la conjonctive en est beaucoup plus fréquent, suivant l'auteur, sans autre lésion oculaire que l'iritis, dont il constitue parfois l'avant-garde; il peut même en masquer l'existence. 4 cas en ont été observés par lui après un rhumatisme, sans que le traitement habituel ait pu les faire disparaître. Le succès du traitement anti-rhumatismal en démontra seul l'origine. (*Bull. méd. du Nord*, juillet.)

Origine scrofuleuse. Sur la conjonctive, la caractéristique de la scrofule, c'est la phlyctène, isolée ou multiple, suivant M. Galezowski. Mais cette manifestation secondaire entraîne souvent une ophthalmie purulente chez les enfants lymphatiques. Il lui oppose la pommade suivante, comme un moyen souverain, d'après son expérience sur un grand nombre de malades :

♃	Huile de cade rectifiée...............	1 gramme.
	Vaseline..............................	10 —
	Mêlez.	

A introduire plusieurs fois par jour entre les paupières. (*Journ. de thérapeutique*, n° 3.)

Conjonctivite granuleuse. Des lotions faites avec une macération à froid des graines concassées de la liane à réglisse amèneraient la guérison en quinze jours des granulations conjonctivales et du pannus, suivant le docteur de Wecker. Une tradition populaire établie au Brésil, où ces graines sont en grande vogue contre les ophthalmies, et trois observations recueillies à la clinique de Paris, sont les garanties de cette annonce merveilleuse, faite à l'Académie des sciences le 7 août. Il n'y aurait donc plus à courir le danger de l'inoculation du pus blennorrhagique ou de l'ophthalmie purulente pour guérir ces redoutables affections.

La liane à réglisse est un arbrisseau de la famille des légumineuses, qui a été transplanté en Amérique. Ses graines rouge corail, à hable noir, très luisantes et très dures, surnommées *jequirity*, étant mises en poudre, on en fait macérer 32 pendant un jour dans 500 grammes d'eau froide. On ajoute ensuite 500 grammes d'eau chaude, et après refroidissement on filtre. Des badigeonnages avec cette macération étant faits sur les parties malades, il en résulte rapidement une ophthalmie purulente d'aspect croupal, dont on peut doser l'intensité par le nombre des lotions. Cette purulence se produit aussi vite qu'avec l'inoculation blennorrhagique et en faisant garder la chambre au malade jusqu'à la guérison; celle-ci est obtenue en dix à quinze jours, sans faire courir de danger à la cornée, même ulcérée. (*Rev. clin. d'oculistique,* sept.)

Conjonctivite diphthéritique. *Collyre au sulfate de quinine.* Une distinction essentielle avec la forme purulente serait à faire, selon le professeur J. Twedie, quant à l'aspect, le danger et surtout le traitement. L'épithélium de la muqueuse est seul affecté dans la forme pelliculaire; elle n'est pas dangereuse et cède au plus simple remède, comme l'application du nitrate d'argent. Celle-ci au contraire envahit profondément les tissus et ne guérit que par cicatrisation. Ce caractère extérieur suffit à la diagnostiquer. Le nitrate d'argent en augmente les lésions, tandis que le sulfate de quinine les limite promptement. Les différences sont ainsi appréciables du commencement à la fin.

Son caractère spécial se décèle par la coïncidence fréquente de fausses membranes pharyngiennes, des troubles constitutionnels et son extension de la conjonctive dans le nez. L'infection, plus rapide quand elle débute dans le pharynx, dépend seule de son siège par l'ingestion des détritus des fausses membranes. Sur 9 cas de conjonctivite diphthéritique bénigne, deux enfants sont morts par les lésions généralisées. Cinq avaient des fausses membranes plus ou moins adhérentes à la bouche ou au pharynx, avec pâleur et malaise général. L'étroitesse et la direction différente des conduits lacrymaux avec ceux du gosier expliquent ces différences de propagation.

Aux deux cas déjà rapportés en 1880, l'auteur en a observé quatre autres à l'hôpital ophthalmique de Londres sur trois hommes et une femme. Deux commencèrent comme une conjonctivite purulente d'origine blennorrhagique chez un homme et une femme admis avec une conjonctivite purulente avancée de l'œil droit. En peu de jours, l'œil gauche se prit, malgré sa protection avec la défense de Buller, en débutant par des fausses membranes, comme dans les deux autres cas. Il est remarquable que ceux-ci étaient chez des porteurs d'animaux de boucherie, l'un au marché de Smithfield et l'autre chez un abatteur.

Aussitôt que la nature de la maladie fut reconnue, le traitement fut remplacé par des lotions avec une solution de 25 centigrammes de sulfate de quinine dans 30 grammes d'eau légèrement acidulée, employée à froid et même glacée. Les surfaces envahies furent baignées et irriguées constamment avec cette solution, les malades étant soumis non seulement aux soins spéciaux des infirmières, mais des internes, qui les visitaient trois et quatre fois par jour, renversant les paupières, injectant le sac conjonctival et détachant doucement les exsudations superficielles à mesure qu'elles se formaient. C'est un remède spécifique, en pareil cas, par son action sur les organismes microscopiques qui détruisent la cornée. Il arrête l'inflammation et limite le néoplasme, sans pouvoir être remplacé par l'acide phénique, qui augmente au contraire l'inflammation. (*Lancet*, 7 janvier.)

COQUELUCHE. Devant la fréquence de cette affection et l'expectation que la multiplicité des remèdes proposés entraîne souvent, l'emploi comparé des principaux ne sera pas sans utilité pour guider les praticiens dont le siège n'est pas encore fait par leur expérience. Voici les résultats statistiques de leur action sur la durée de la maladie et l'intensité des accès, d'après les résultats obtenus par le docteur Heubner dans des cas également sans complication :

	Cas.	Durée de la maladie.	Intensité des accès.
Bromure de potassium............	23	0	9
Quinine, 25 centigr. par jour......	11	3	5
Chloral en lavement..............	10	2	6
Acide salicylique en inhalations, solution du 30e au 50e............	17	2	10
Belladone, 5 à 10 centigr. en poudre ou en extrait....................	8	8	8

Les inhalations d'acide salicylique et le chloral en lavement, à doses assez considérables, agissent donc surtout en atténuant l'intensité et la fréquence des accès, tandis que la quinine et la belladone diminuent spécialement la durée de la coqueluche. (*Wiener med. Woch.*, n° 32, 1881.)

D

DENTITION. Toutes les anciennes croyances et les théories médicales qui ne sont pas solidement basées sur des faits sont aujourd'hui plus que jamais battues en brèche, au nom même du positivisme régnant. Tout ce qui ne se démontre pas ostensiblement ou ne s'explique pas par les doctrines en vogue est mis à l'index et nié aussi gratuitement qu'il a souvent été adopté. L'helminthiase spontanée d'autrefois a été remplacée par la théorie parasitaire, appuyée sur des faits irréfragables, qui permettent de la généraliser *à priori* à tous les cas d'une essence inconnue ; les œufs ou germes même invisibles servent à tout expliquer, d'après la loi généra-

lement admise qu'il n'y a pas de génération spontanée. La panspermie l'a remplacée.

Une vive réaction se manifeste actuellement contre la croyance si bien accréditée autrefois des maladies de la dentition, surtout dans la première enfance. Les divers et nombreux accidents qui lui étaient attribués ne sont pas seulement mis en doute, mais niés sans preuves et déclarés impossibles, nuls. Les troubles du tube digestif : vomissements, diarrhée, flux, les affections catarrhales comme rhumes, bronchite, et les nombreux accidents nerveux dont on la rendait responsable : insomnies, convulsions, chorée, fièvre cérébrale, sont relégués au rang des contes de fées. Il n'est pas jusqu'aux feux de dents, à la salivation, aux érythèmes, aux aphthes de la bouche et des lèvres, du nez, aux éruptions diverses qui ne soient taxées de fables, en tant que produites directement par la première dentition.

Suivant le docteur Magitot, qui, en sa qualité de dentiste, n'a probablement jamais observé un enfant qui fait ses dents, c'est tout simplement par ce phénomène permanent chez l'enfant d'une dent à sortir ou qui vient de paraître, extérieur et visible, qu'on lui a attribué tous les accidents et les maladies qui se montrent coïncidemment. Cette cause est d'autant moins fondée que la première dentition est la plus facile et produit le moins d'accidents locaux. Ceux-ci, lorsqu'ils paraissent sur les gencives, ne déterminent aucune des maladies qu'on leur attribue gratuitement, et celles-ci apparaissent avant comme après la première dentition. D'ailleurs les expériences faites sur les gencives des jeunes animaux n'ont amené aucun accident, et ces animaux n'éprouvent durant leur première dentition aucune des maladies qu'on lui attribue chez les jeunes enfants. (*Archiv. de méd.*, novembre 1881.)

Telles sont les raisons invoquées et données comme plus rationnelles et concluantes que les signes constatés chez les enfants : la congestion du cerveau, la rougeur, le gonflement, l'inflammation et la sensibilité des gencives. Les phénomènes réflexes de ces lésions locales ne peuvent-ils donc retentir sur le système nerveux, l'intestin et tout l'organisme des petits malades et y

produire des hyperémies et des congestions locales ? Sans que cette cause de la dentition produise directement toutes les maladies des jeunes enfants auxquelles ils sont prédisposés par leur âge, le malaise, le trouble apporté à toutes les fonctions par une dentition douloureuse ne peuvent-ils expliquer souvent leur gravité ou leur persistance et même la mort qui vient si fréquemment y mettre fin ? Ce n'est pas autrement que l'entendent la plupart des médecins. Mais ce sont là pour M. Magitot des hypothèses invraisemblables, et de ce que, dans trois ou quatre cas observés, des lésions graves sur les gencives n'ont amené aucun retentissement sur l'organisme, on rejette en masse tous ceux qui ont été relatés depuis des siècles. C'est la méthode courante des positivistes modernes pour faire table rase de tout ce qui les gêne ou les offusque.

Une thèse a été soutenue récemment, par un futur dentiste sans doute, en établissant sur deux faits la preuve de la première de ses conclusions, ainsi conçue : « Il n'a jamais été établi d'une manière incontestable aucune relation de cause à effet entre la dentition et les accidents qu'on lui attribue. » (*Lévêque*, thèse de Paris, 1881.) C'est un procédé par trop expéditif et dont on ne saurait se targuer pour rejeter d'emblée une tradition séculaire, née avec la science même et qui a survécu à toutes les révolutions systématiques. Elle ne saurait donc être détruite par le positivisme actuel, surtout avec ses procédés expéditifs.

Au nom même de la clinique infantile ainsi méconnue, le docteur Blachez a répondu à ces dénégations gratuites par le tableau des accidents locaux et généraux que présente l'enfant perçant des dents. A la stomatite caractéristique et toute spéciale, reconnue et admise par les plus habiles médecins d'enfants, il ajoute les accidents éloignés, imputables à la dentition dans certaines conditions d'observation journalière. De ce que les petits malades ne peuvent dire ni accuser la cause et le siège de leurs souffrances, il ne s'ensuit pas que le clinicien ne puisse les découvrir. Tels sont les phénomènes sympathiques qui s'observent journellement, comme l'agitation, la fièvre, les vomissements, les convulsions. Une

piqûre d'épingle mal fixée, un furoncle tracassé par des langes, un vésicatoire, un sinapisme suffisent à déterminer des convulsions chez un enfant nerveux, et l'on prétend qu'une douleur continue, siégeant dans une gencive gonflée, sensible au doigt, douleur persistante que rien ne calme, ne puisse jeter l'enfant dans un état analogue! C'est se refuser à l'évidence.

Exemple : voici un enfant de six à huit mois allaité par une mère bien portante ou une bonne nourrice, qui perd tout à coup et sans cause appréciable le sommeil et la gaieté ; il devient irritable, quitte le sein après quelques succions et bave incessamment. Les organes et les fonctions interrogés ne fournissant pas la raison de ce changement, comment ne pas l'attribuer à l'évolution dentaire, quand on trouve la gencive chaude et douloureuse au toucher? C'est dans ces conditions que, le malaise persistant ou augmentant, la diarrhée survient, ainsi que les vomissements, des éruptions sans caractères ou feux de dents, sans que le régime de l'enfant soit changé. Du jour au lendemain, tout cet appareil morbide cesse, et, en consultant la gencive, on constate que la dent est sortie. Comment échapper à la conclusion qu'elle était le seul corps du délit, quand cette observation banale se renouvelle successivement pour les autres dents chez la plupart des enfants ?

Invoquer les sections, les ponctions, les déchirures ou les piqûres des alvéoles chez les jeunes animaux, pour montrer qu'ils n'en éprouvent aucun trouble général, est une comparaison inapplicable au traumatisme causé par l'évolution des dents. C'est là un acte tout vital, qui écarte, refoule, comprime lentement les tissus et détermine des réactions toutes différentes au traumatisme artificiel. L'observation des petits malades peut seule conduire à une conclusion rationnelle et vraie, sans que les expériences sur les animaux puissent y suppléer. (*Gaz. hebdomad.*, n° 1.)

En vrai clinicien, le professeur Zinnis, directeur de l'hospice des Enfants-trouvés d'Athènes, a tenté la solution de cette question par la statistique. Sur 2 662 enfants morts à Athènes pendant les deux premières années de 1864 à 1871, 1 209 avaient succombé à la diar-

rhée, 667 aux convulsions et à la méningite aiguë et 786 à des maladies aiguës des voies respiratoires. En divisant ces décès selon l'âge où ils sont arrivés, soit de six en six mois, il est manifeste que le nombre va graduellement en diminuant d'une manière uniforme et constante à chaque période semestrielle pour ces trois classes de maladies différentes. Ainsi, 1 025 ont succombé dans les premiers six mois, 904 dans la première année, 402 de douze à dix-huit mois et 331 dans la dernière période.

D'où la démonstration, apparente du moins, que la dentition n'exerce aucune influence sur la mort du plus grand nombre, puisque 1 929 ont succombé dans la première année, alors que, pour la plupart, la dentition n'est pas encore en cause, tandis que 733 seulement succombent pendant la période où elle peut être surtout incriminée. Voilà donc qui paraît bien réglé pour Athènes, quoique l'on puisse exiger une démonstration plus rigoureuse.

Il y a d'abord à tenir compte du climat. Les dents poussent sans la moindre difficulté chez beaucoup d'enfants d'Athènes, dit l'auteur, parce que la plupart sont nourris par leurs propres mères ou des nourrices. Une légère diarrhée marque cependant la période de la dentition, se changeant en de graves affections intestinales chez les enfants pauvres, sevrés prématurément et mal nourris. Beaucoup éprouvent une démangeaison des gencives pendant l'éruption des dents. De là leur tendance constante à porter les doigts à la bouche et le soulagement ressenti quand on leur frotte doucement les gencives avec le doigt. On les sent légèrement tuméfiées où l'éruption est imminente, avec une teinte rose plus ou moins foncée accompagnée de salivation, et d'une légère fièvre rémittente, sans grande influence générale, si ce n'est sur la digestion. Cinq à six selles par jour de matières aqueuses, verdâtres, grumeleuses, en sont le résultat pendant une semaine ou deux chez les enfants bien soignés. Ce qui n'empêche pas l'auteur de reconnaître que, chez les autres, ces accidents persistent et s'aggravent au point de déterminer une stomatite intense, avec douze à vingt selles par jour, de matières muqueuses, sanguinolentes avec ténesme. Que ce soit en été,

et la mort peut s'ensuivre. C'est là le meilleur témoignage que la dentition n'est pas aussi étrangère que le prétendent les dentistes sur la santé et la vie de l'enfant. (*Du rôle de la dentition dans la pathologie infantile*; brochure in-8°, Athènes, 1882.)

Dentifrices. L'abus qui en est fait sans aucune indication rend le formulaire spécial de M. Redier d'une grande utilité à cet égard. Solides ou liquides, ces dentifrices sont classés suivant l'indication qu'ils doivent remplir. Les poudres neutres ou inertes, comme le charbon et la poudre d'iris, ne sont ainsi indiquées qu'en l'absence de dents cariées et de dépôts de tartre avec intégrité de la muqueuse, aussi bien que l'eau de Botot et tant d'autres élixirs et opiats. Les dentifrices alcalins, solides ou liquides, comme la magnésie, la chaux ou la soude, s'emploient contre la salive acide ou la carie. Au contraire, les dentifrices acides, comme la crème de tartre ou les vinaigres de toilette, ne conviennent que contre la salive alcaline, les dépôts abondants de tartre avec absence de carie et d'inflammation. Contre l'état morbide des gencives ou de la bouche, ce sont au contraire les astringents en poudre ou élixirs qu'il faut employer, et les dentifrices antiputrides contre l'état fétide de la bouche, avec ou sans lésion appréciable.

En distinguant ces indications, ce formulaire rendra de vrais services aux médecins de campagne, qui, en l'absence des dentistes, pourront prescrire ou défendre à leurs malades les dentifrices les plus vulgairement employés. (*Bull. de thérap.*, septembre à décembre.)

DIABÈTE. L'un de ses effets les plus constants, d'après M. Lecorché, est la congestion du foie, où se forme le sucre. Cette suractivité fonctionnelle du foie en détermine aussi fréquemment l'atrophie, qui s'observe trop souvent pour n'être qu'une simple coïncidence. L'ingestion exagérée des liquides par les malades pourrait bien être la cause de ces altérations organiques. (*Acad. de méd.*, décembre 1881.)

La *mélanémie* peut en être le symptôme le plus frappant, avant même que le sucre soit décelé dans l'urine.

Elle est alors le signe d'une cirrhose hypertrophique pigmentaire, comme deux observations en sont relatées. Voy. CIRRHOSE.

Endocardite diabétique. Le même observateur a rencontré cette complication chez 14 diabétiques, dont il relate les observations en détail, 4 hommes et 10 femmes : d'où l'influence apparente du sexe. Elle n'apparaît que deux ou trois ans et même plus après le début et est ainsi spéciale au diabète chronique. Aucun malade n'était ni rhumatisant ni albuminurique, ce qui exclut ces diverses influences.

Elle est localisée à l'orifice mitral et se traduit par un bruit de souffle au premier temps avec son maximum à la pointe, sauf une exception. Ces signes sont précédés parfois d'intermittences et d'irrégularités du pouls, avec œdème des extrémités inférieures, qui l'accompagne généralement. Deux fois, il y avait dégénérescence athéromateuse des artères.

C'est un signe redoutable, car 9 de ces 14 diabétiques sont morts après quelques mois de son apparition, soit en se compliquant d'œdème généralisé, d'ascite ou d'hépatite aiguë. Sa pathogénie semble donc due à l'altération du sang par le sucre par son contact prolongé avec la membrane interne, de même que les autres complications du foie et des reins. (*Acad. des sciences*, mars, et *Archives de méd.*, avril.)

Paludisme. L'existenee de la malaria, constatée il y a quarante ans chez quelques diabétiques, et la présence de la glycose, rencontrée passagèrement depuis dans leurs urines pendant l'accès par différents observateurs, ont incité M. Verneuil à revenir sur cette question dans ses rapports avec le traumatisme et les opérations. La coïncidence de ces deux graves affections générales a été trop négligée; il faudrait établir leurs rapports réciproques, savoir si l'une produit l'autre ou si celle-ci aggrave celle-là. La glycosurie passagère d'origine palustre devient ainsi permanente chez certains individus. Six observations de diabétiques ayant eu précédemment la fièvre intermittente montrent en effet que des opérations ou le

traumatisme peuvent réveiller l'une et l'autre de ces diathèses et de préférence les manifestations telluriques.

Une levée de boucliers a surgi aussitôt contre cette interprétation parmi les représentants de l'armée et de la marine. M. Léon Colin élève des doutes sur cette dépendance problématique, d'après le peu de diabétiques qui se présentent au recrutement. Mais cette objection est sans valeur, car l'examen ne porte pas sur les urines ; d'ailleurs la glycosurie peut se manifester plus tardivement. Un critérium plus concluant serait d'établir les effets consécutifs des blessures ou des opérations chez les jeunes soldats dans les contrées palustres, comme la Sologne, et ayant eu antérieurement les fièvres, M. Burdel (de Vierzon) ayant positivement constaté que très souvent les lésions traumatiques réveillaient ou aggravaient les deux diathèses dans ce pays, mais surtout les manifestations telluriques.

Une objection plus valable, c'est que, sur 32 000 cas d'impaludisme constatés dans l'armée en 1876 et 1877, il n'y a que 6 décès de diabétiques et 14 diabétiques réformés. Malgré l'insuffisance d'exploration, ces chiffres ne sont pas en faveur d'un rapport direct, immédiat.

La confusion entre la glycosurie et le diabète est la principale objection de M. Leroy de Méricourt. Une foule de causes banales font apparaître le sucre dans l'urine, sans faim, ni soif, ni polyurie, c'est-à-dire sans diabète. Le silence des médecins de la marine sur l'existence du diabète dans les contrées palustres, aussi bien en France qu'en Angteterre et aux Etats-Unis, infirme la relation de l'intoxication palustre avec le diabète.

Tout en reconnaissant l'influence des traumatismes sur les accès intermittents, M. J. Rochard doute de la coïncidence causale du paludisme avec le diabète. L'engorgement du foie n'est pas aussi fréquent qu'on le suppose à la suite des fièvres intermittentes dans les pays chauds pour expliquer cette cause étiologique de la glycosurie. Tandis que l'engorgement de la rate est constant après des fièvres prolongées et reparaît ensuite dans les pays froids, celui du foie ne s'observe qu'avec la dysenterie et l'hépatite dans les régions où elles sont endémiques. (*Acad. de méd.*, 1881.)

Signification de l'acide urique. La fréquence de l'apparition du sucre dans l'urine et l'ignorance de ses causes immédiates ont conduit le docteur Coignard à en étudier les phénomènes concomitants. Les coliques néphrétiques suivies d'élimination de graviers d'acide urique, étant un phénomène précurseur des plus fréquents du diabète, dont il cite deux exemples types sans autre cause appréciable, il a spécialement porté son attention sur cet agent. Appelé par ses fonctions d'inspecteur des eaux de Cusset à faire de fréquentes analyses de l'urine de ses malades, il a constaté qu'un *excès* d'acide urique doit faire redouter l'apparition prochaine du sucre ou de l'albumine, ensemble ou séparément, comme il en relate deux observations, avec cette circonstance que le pronostic de cette glycosurie passagère est le plus souvent favorable quand la quantité d'urée reste normale.

On peut objecter en effet que ce n'est là qu'une glycosurie sans importance par la faible quantité du sucre. Mais, comme elle augmente souvent dans des proportions considérables d'un jour à l'autre pour disparaître spontanément, l'auteur ne fait pas d'autre différence qu'une question de degré entre ces deux formes, comme entre la fièvre intermittente simple et la fièvre pernicieuse. Des exemples à l'appui montrent qu'il est impossible de distinguer l'un de l'autre autant par les quantités variables de sucre que par les résultats consécutifs.

Au contraire, chez les diabétiques perdant une grande quantité de sucre dont l'acide urique est au-dessous de la moyenne, le pronostic est en général grave, comme l'établissent plusieurs cas.

D'où cette conclusion finale que la plupart des malades atteints de diabètes dits intermittents avec de grandes variations et dont la santé est à peine altérée, quoique l'affection remonte de dix à vingt ans, sont des *uricémiques*. (*Journ. de thérap.*, n° 2.)

Uricémie et glycémie. Dans un parallèle entre ces deux états, également producteurs du diabète, M. Durand-Fardel montre que l'uricémie se révèle sous deux formes cliniques distinctes : la gravellurie et la goutte. Les graveleux se portent bien, parce que tout l'acide urique en

excès dans le sang est éliminé sans cesse par les urines sous forme de sables ou de graviers. Il en est de même pour les goutteux, lorsque l'acide urique en excès se dépose au niveau des jointures et suit de ce fait une sorte d'élimination; mais, s'il reste dissous dans le sang ou si son élimination est insuffisante, aussitôt se montrent les phénomènes toxiques et les accidents graves de l'uricémie.

Dans le diabète sucré, si la glucose contenue en excès dans la circulation est éliminée par l'urine, il ne se produit aucun désordre grave, et le pronostic n'a rien d'immédiatement inquiétant : certains individus, non polyuriques, font jusqu'à 50 ou 60 grammes de sucre par jour et se portent bien néanmoins. D'autres, au contraire, dans certains cas, font peu de sucre et ont tous les symptômes de la cachexie diabétique : la glucose, n'étant pas éliminée, détermine une sorte d'intoxication générale, et alors apparaissent les lésions oculaires, le refroidissement, les gangrènes, etc.

La seule indication formelle, au point de vue thérapeutique, est donc de poursuivre l'assimilation des principes sucrés. Il y a pour cela deux moyens : le traitement par la soude et l'exercice. Quant au régime alimentaire, il ne faut pas trop lui demander, puisqu'il ne s'adresse pas à l'affection dans sa source ; cependant il est très utile, puisqu'il combat la glycémie. Par la suppression des féculents, on voit disparaître en deux ou trois jours tous les symptômes inquiétants, même chez un diabétique de longue date; tandis qu'au moindre écart de régime, on voit reparaître en quelques heures la polydipsie et la polyurie, la sécheresse de la bouche, l'impuissance musculaire, et tout est à recommencer. En résumé, M. Durand-Fardel conseille de réduire dans la plus forte proportion la glycémie, cause la plus prochaine des accidents du diabète, depuis les moindres jusqu'aux plus graves, et, pour cela, de supprimer les aliments sucrés et féculents. Comment faut-il entendre ce régime? Malgré toute son importance, il doit être subordonné aux exigences de l'appareil digestif de chaque malade; il est de la plus haute urgence que le diabétique se nourrisse et ne subisse pas, par un régime

mal entendu, l'affaiblissement qui est l'essence même de son mal et qu'on s'attache à combattre par tous les moyens. (*Soc. de thérap.*, janvier.)

Ostéo-périostite alvéolaire. Un dentiste seul pouvait découvrir ce nouveau signe externe et apparent du diabète, dont le docteur Magitot indique l'importance dans les conclusions suivantes :

L'examen de la bouche fournit au diagnostic du diabète sucré un signe constant : c'est la lésion du bord alvéolaire désignée sous le nom d'*ostéo-périostite alvéolaire.*

Cette manifestation appartient au début de la maladie et persiste pendant toute sa durée ; elle acquiert, dans certaines circonstances, l'importance d'un *signe révélateur.*

Elle se caractérise, comme signe initial, par la première période de simple *déviation des dents.* L'*ébranlement des dents* et le *catarrhe alvéolaire* répondent à la phase d'état de la maladie générale. La troisième période, ou *chute des dents,* correspond à la phase la plus avancée de la maladie.

Au delà de ce terme, si le diabète continue son évolution, les bords alvéolaires peuvent devenir le siège d'une résorption osseuse, consécutive ou non à la gangrène de la gencive. Ce dernier signe est critique et précède de peu, ordinairement, la terminaison fatale du diabète. (*Acad. de méd.*, décembre 1881.)

Angine de poitrine. Des accès, simples ou associés à des névralgies intercostales, en ont été observés par le docteur Vergely chez des diabétiques et indépendamment de toute affection cardiaque. C'est donc une nouvelle complication. (*Acad. de médecine*, novembre 1881.)

Névralgies symétriques. Voy. ce mot.

Iodoforme. L'usage en est préconisé par le professeur Moleschott, qui l'administre selon la formule suivante :

Iodoforme................................	1 gramme.
Extrait de lactucarium sat..............	1 —
Coumarine................................	0,1 décigramme.
Gomme adragante..........................	Q. S.

F. S. A. 20 pilules.

Commencer par une matin et soir et augmenter graduellement jusqu'à huit par jour.

Administré du 26 juin au 19 août 1880, à un homme de quarante-quatre ans, devenu diabétique à la suite de fièvres en 1869 et 1879 avec engorgement de la rate et du foie, maigre et épuisé, il fit disparaître rapidement le suere. Durant ces huit semaines, il avait gagné 1 kilogramme et demi en poids, et 2 kilogrammes et demi le 27 octobre suivant. L'urine ne contenait plus que des traces de sucre; il n'en existait plus en 1882 et le malade avait pu reprendre une vie très aetive. (*Accad. med. di Roma*, 26 mars.)

Cette guérison, attribuée exclusivement à l'iodoforme, ne doit-elle pas être rapportée aussi au changement de climat et surtout de régime? De Spolète, cet homme était venu à Rome, et son augmentation rapide de poids ne peut venir que d'une nourriture meilleure, aidée d'autres agents comme l'eau de Vals, souree Saint-Louis, qui est ferrugineuse, arsenicale et surtout alealine. Ce défaut d'explication pourrait induire en erreur sur la valeur vraie de l'iodoforme contre un diabète tout symptomatique.

Arsenic. En stéatosant le foie des animaux par l'administration de l'arsenie et du phosphore, M. Quinquaud a reeherché ensuite ce que devenaient la glycosurie et la glycémie produites artifieiellement chez ces animaux par la piqûre du plancher du quatrième ventrieule. Elles furent presque nulles chez eeux qui étaient stéatosés, tandis qu'elles suivirent leur développement ehez ceux qui ne l'étaient pas.

De là l'administration de la liqueur de Fowler à la dose de 10 à 20 gouttes par jour chez les diabétiques. Mais ee n'est jamais qu'après les avoir soumis à un régime mixte, uniforme, en dosant la quantité de sucre exerétè tous les six à huit jours. La quantité en a été trouvée très notablement diminuée, comme d'autres auteurs l'ont déjà établi par l'emploi de l'arsenie. (*Soc. de biol.*, 15 juillet, et *Bull. de thérap.*, septembre.)

Bromure de potassium. Depuis 1877, le docteur Felizet annonce avoir obtenu la guérison de 15 diabétiques;

dont il relate les observations, par ce nouvel agent. S'inspirant de la grande expérience de Cl. Bernard, qui montre l'origine nerveuse du diabète par l'irritation d'une zone déterminée du bulbe rachidien exaspérant la fonction glycogénique du foie, il a administré ce bromure, qui, par son action élective sur le bulbe, en supprime l'irritation avec une rapidité parfois surprenante. A doses massives et soutenues, il guérirait bien mieux le diabète qu'un régime exempt de pain, de féculents, de sucre, etc. Sous son influence, la décroissance du sucre s'accentue par des tableaux graphiques qui décèlent une espèce d'antagonisme entre les quantités respectives de la glycose et de l'urée. Mais ces guérisons ont besoin d'être confirmées par des observations ultérieures avant d'être admises, car il y a longtemps que ce sel a été prescrit et administré contre le diabète sans agir comme un spécifique. (*Acad. des sciences.*)

Pilocarpine contre la polyurie. Voy. PILOCARPINE.

Diabète mortel chez l'enfant. Il est si rarement idiopathique chez l'enfant que West ne l'a pas observé, et sur 700 diabétiques Prout n'en relate qu'un cas, à cinq ans. Celui-ci, observé par le docteur Vignes (de l'Yonne), s'est montré sur une petite fille de trois ans et demi, bien constituée et développée pour son âge, sans maladie ni traumatisme. Une coqueluche de huit jours, guérie sans traitement, l'aurait seule précédé.

Trois semaines après, l'appétit devient extraordinaire, l'enfant demande sans cesse à boire; miction fréquente, selles rares. Elle devient triste, délaisse ses jeux et maigrit. A l'examen, la peau est sèche, la langue âpre; température à 37°; constipation opiniâtre.

Elle rend en vingt-quatre heures près de trois litres d'urine claire, qui précipite abondamment la liqueur de Fehling et prend une teinte caramel bien intense par l'ébullition avec la solution de potasse. Pas d'albumine.

Ni les moyens pharmaceutiques, ni un régime approprié et rigoureusement observé, ne parviennent à enrayer la marche du mal. Les symptômes vont s'aggra-

vant, l'amaigrissement est extrême : elle perd en deux jours 750 grammes.

Trois jours avant la mort, qui arrive par hyposthénie, cinq semaines après le début présumé de l'affection, diminution des symptômes. Température, 31°,6. Trace d'albumine.

Cette marche rapidement mortelle a été observée ordinairement dans ces circonstances, comme le docteur H. Leroux en signale plusieurs exemples chez des enfants au-dessous d'un an et entre un à deux ans. Mais la plupart ont lieu de onze à douze ans. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, juin.)

Glyco-polyurique. Ce sont les petits diabètes avec excès d'acide urique, ainsi nommés par le professeur Bouchardat. Cette forme s'observe surtout chez d'anciens glycosuriques pour lesquels le danger est moins dans la quantité de sucre qu'ils perdent que dans les complications qu'elle entraîne. Le ramollissement cérébral chronique est une des plus fréquentes chez ceux qui ont passé la soixantaine et dont la maladie n'est pas reconnue ou qui ont été soignés très imparfaitement. C'est quand la glycosurie semble disparue et qu'on ne s'en préoccupe plus que ses redoutables manifestations surviennent. On met ainsi la mort sur le compte de la maladie nouvelle, et ce n'est qu'en suivant les malades pendant longtemps qu'il est permis de reconnaître et affirmer le lien des deux affections.

Ces terminaisons tragiques sont ordinairement le résultat de l'abus journalier de l'alimentation azotée et de la quantité d'alcooliques ingérés, surtout pour des malades dont l'exercice est toujours insuffisant, sinon nul. Tant que les reins fonctionnent bien et que les urines rendues restent au-dessus de deux litres, la santé peut se maintenir. Mais que la moindre diminution survienne, le danger est pressant, si l'acide urique éliminé ne se localise pas dans les articulations ; la mort est alors à redouter. (*Bull. de thérapeutique*, octobre.)

DIPHTHÉRITE. Sa mortalité, supérieure aux autres affections épidémiques, a été démontrée à Paris par le

docteur E. Besnier, dans son dernier rapport trimestriel pour 1881, et cette proportion est probablement la même pour les autres régions. Cette mortalité est tellement croissante en France depuis vingt ans qu'elle a doublé à Paris dans les dix dernières années, ce qui la met au premier rang des maladies régnantes. Tandis que la fièvre typhoïde, marquée par de graves épidémies, a causé 13 004 décès et que la variole, la rougeole et la scarlatine réunies en ont déterminé 14 100, la diphthérite, à elle seule, en a produit 16 629 ! L'administration ni les médecins ne tiennent pas assez compte de cet effroyable tribut, pour y apporter médicalement et administrativement l'attention et les mesures sanitaires exigées pour le limiter et y mettre un terme. Les mesures d'isolement des malades et les précautions à prendre pour les approcher ne sont pas moins indispensables que pour la variole et les autres maladies contagieuses. (V. NÉCROLOGIE.)

Diversité dans l'unité. Observée à l'état sporadique, la diphthérite ne donne qu'une idée imparfaite de ses variétés multiformes ; une épidémie seule peut en offrir le tableau exact et varié, pour qui sait en distinguer toutes les différences, les modalités. La relation de celle qui a sévi à Saint-Dié, de novembre 1880 au mois de juillet suivant, faite par le docteur W. Grollemund, médecin de l'hôpital de cette ville, offre à cet égard un modèle simple à imiter. De cette population de 15 000 habitants, divisée en deux groupes sur les rives de la Meurthe, 9 000 à droite, 6 000 à gauche, — où elle est surtout accumulée dans des habitations ouvrières trop étroites autour d'établissements industriels, — 500 environ ont été atteints, dont 130 ont été observés personnellement par lui, 82 sur la rive gauche et 48 à droite. Le centre gauche, le moins populeux, mais malsain, pauvre et dense, est ainsi le plus maltraité. C'est là que naît l'épidémie, qu'elle sévit avec intensité et persiste en dernier lieu : caractère de l'infection. Elle s'attaque tout d'abord aux classes ouvrières et consécutivement aux classes aisées en bien moins grand nombre, parce qu'elles ont plus de force de résistance, en vertu

des conditions plus hygiéniques où elles vivent. Mais la contagion est encore plus redoutable, et en sévissant spécialement sur les enfants, suivant son caractère invariable, elle s'implante dans certaines rues en ne ménageant pas les adultes. Elle commence ainsi dans la rue de la Prairie et y finit, tandis que d'autres, très peuplées et pauvres, où elle ne se transmet pas, situées même sur la rive droite, dans le foyer de l'épidémie, restent absolument indemnes. Preuve que la contagion est encore plus redoutable que l'infection et que l'isolement absolu des premiers malades suffirait à prévenir l'extension du mal. Avis.

Mais c'est surtout sur la distinction des formes de la maladie qu'il convient d'insister. A l'angine locale, simple et légère, sans fièvre, se distinguant par une ou quelques taches sur les amygdales et qui guérit toujours presque sans traitement, s'ajoute celle qui, plus étendue et tenace, est toujours accompagnée de fièvre, et guérit encore avec des soins, mais moins facilement. Puis il y a l'angine grave, étendue, envahissante, avec fièvre et complications, gonflement local. Malgré le traitement topique, qui avait une action si prompte sur les fausses membranes au point de les faire disparaître du jour au lendemain, elles ne tombent que pour se reproduire aussitôt. Le mal suit invariablement sa marche, en entraînant souvent la mort, et, si l'on finit par le vaincre sur place, c'est en portant une si profonde atteinte à tout l'organisme qu'il y laisse des traces irréparables : la gangrène, la paralysie.

C'est évidemment par son extension au pharynx et surtout au larynx que le mal devient si grave dans cette variété, au point de tuer, comme le croup. L'épidémie de Montfermeil a montré qu'il n'est pas moins dangereux localisé au pharynx, chez les enfants surtout. (V. *année* 1881.)

Il suffit même que le larynx soit envahi pour que les victimes succombent rapidement, sans que la trachéotomie puisse même être efficace, comme dans le vrai croup pseudo-membraneux d'emblée.

Une autre variété de cette forme grave est lorsque les plaques diphthériques apparaissent dans la bouche, le

nez, les yeux, les oreilles ou sur les plaies de la peau, celle des vésicatoires en particulier. Elle n'est évidemment qu'une propagation du parasite et entraîne les mêmes complications consécutives. De là le danger des plaies pour ceux qui sont atteints de la diphthérite.

Enfin il y a la forme toxique, qui empoisonne primitivement et tue impitoyablement presque tous ceux qu'elle atteint, surtout les petits enfants. (*Revue méd. de l'Est*, novembre et décembre 1881.)

Distinguer ainsi cliniquement la diphthérite, c'est montrer que la statistique ne lui est pas applicable en masse, sous peine d'être absolument sans valeur. Les prôneurs de spécifiques ont beau jeu en ne rencontrant que des diphthérites légères ou de moyenne intensité. Ils peuvent en guérir tous les cas sans peine, et, pour peu qu'ils rencontrent une série heureuse dans les cas graves, les voilà sans un seul mort. Combien de prétendus spécifiques n'ont d'autre mérite que d'avoir été ainsi appliqués contre des diphthérites légères, sans gravité, et dont la nature bénigne n'a pas été reconnue.

Myocardite consécutive. Outre la dégénérescence graisseuse et hyaline constatée après la mort, Leyden a observé trois cas de myocardite vraie, caractérisée par de petits foyers de tissu conjonctif néo formé, remplaçant les fibres cardiaques. Cliniquement, elle se manifeste tantôt par la syncope et la mort subite, tantôt par des phénomènes dyspnéiques, la fréquence et l'irrégularité du pouls pendant la convalescence.

Un homme de trente ans, guéri de la diphthérite et n'ayant plus que de la faiblesse générale et une légère paralysie du voile du palais, fut pris brusquement de dyspnée, sans que l'auscultation pût l'expliquer, et mourut en quelques jours.

A l'autopsie, le ventricule gauche était dilaté avec un peu de dégénérescence graisseuse, mais beaucoup de foyers de myocardite et une prolifération cellulaire abondante entre les fibres musculaires.

A la suite d'une diphthérite légère en apparence, un garçon de quatorze ans restait las et hébété, sans convalescence franche. Une paralysie du voile du palais et

de l'albuminurie survinrent, puis des signes de dilatation du cœur avec bruit de galop, petitesse et fréquence du pouls sans dyspnée.

L'autopsie décela une dilatation des deux ventricules, du droit surtout, et la présence d'un grand nombre de foyers myocardiques. (*Soc. méd. de Berlin*, janvier et *Arch. de méd.*, octobre.)

Conjonctivite diphthéritique. Voy. ce mot.

Mesures prophylactiques. Les trop nombreux cas de contagion dans les établissements de l'Assistance publique ont fait prescrire l'emploi des moyens suivants, sur le rapport de M. Descroizilles.

Pulvérisations de solution phéniquée dans les salles d'isolement des malades atteints de diphthérite, surtout dans les hôpitaux d'enfants.

Propreté, ventilation et destruction rapide des pièces de pansement.

Aménagement, dans ces salles et les amphithéâtres d'autopsie, de tous les objets nécessaires aux ablutions des mains et du visage des médecins et de leurs aides.

Amélioration aussi complète que possible de la situation matérielle des internes et des externes des hôpitaux dans les services de diphthérite.

Essai du respirateur à ouate ou autres qui seront jugés de quelque utilité pour prévenir la contamination. (*Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 27 novembre.)

Pilocarpine. Sans admettre les résultats merveilleux annoncés par Guttmann et accueillis trop légèrement avec enthousiasme sur la valeur anti-diphthéritique de cet alcaloïde, il ne faut pas le rejeter absolument depuis que des résultats contradictoires l'ont réduit à sa juste valeur. (Voy. *année* 1881.) On trouve dans les conclusions suivantes, basées sur les essais comparatifs faits en ville et à l'hôpital, par le docteur Greza Faludi, de Buda-Pesth, un guide sage pour son emploi :

1° La pilocarpine, administrée à l'intérieur contre la diphthérite, est un agent dont l'efficacité paraît incontestable.

2° La pilocarpine, provoquant une salivation exces-

sive, trouvera toujours son utilité dans les affections phlegmasiques si variées des cavités buccale et pharyngienne. Toutefois, elle ne paraît pas supérieure au ehlorate de potasse et au perchlorure de fer et ne saurait être considérée comme un spécifique.

3° Elle rend surtout des services dans les eas légers de diphthérite, alors que la maladie reste limitée aux cavités bueeale et pharyngienne.

4° Elle n'empêehe pas malheureusement le proeessus morbide d'envahir le larynx et les voies aériennes, et, dans ee eas, il y a tout lieu de redouter une terminaison funeste.

5° Son effet est nul dans les eas graves, quand les fausses membranes diphthéritiques eneombrent le larynx et les voies aériennes.

6° Il ne faut pas oublier, quand on l'administre aux petits enfants, les effets déprimants conséeutifs; aussi est-il néeessaire de reeourir simultanément aux stimulants et particulièrement aux vins généreux. (*Bull. de thérap.*, déeembre 1881.)

Angine locale. Des irrigations phéniquées au 100e, répétées toutes les deux heures environ, préeonisées par le professeur Lasègue, sont, d'après M. Buequoy, l'un des meilleurs moyens de traitement en agissant à la fois comme modifieateur loeal, antiseptique et anesthésique. La douleur disparaît ainsi rapidement, la déglutition est plus faeile et les malades tolèrent, sans souffranees, les diverses manœuvres néeessaires. Elles contribuent à soulever et détaeher les fausses membranes à mesure que leur adhérenee diminue. (*Soc. méd. des hôpit.*, 28 juin.)

Vapeurs phéniquées. Dans trois cas, dont deux après traehéotomie qu'il avait été appelé à pratiquer, le doeteur Demons fit répandre ces vapeurs dans la chambre avec un pulvérisateur, en se servant d'une solution au vingtième. Après un quart d'heure, on suspendit la manœuvre, pour la renouveler une demi-heure environ ensuite. On continua jusqu'à la guérison, avec intervalles de plus en plus éloignés entre chaque pulvérisation. La

canule ne resta jamais sèche et fut lubrifiée constamment par d'abondantes mucosités. Ces deux petits malades guérirent, ainsi que la troisième, atteinte d'angine diphthéritique. Le père de cette enfant, médecin, qui ne la quitta pas, a pu se rendre compte de l'influence favorable des pulvérisations. Toutes les fois qu'il survenait de l'agitation, avec une tendance à la sécheresse de la canule, et de la difficulté dans la respiration, il voyait disparaître ces accidents après une séance de spray de quelques minutes. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Considérant la diphthérite du larynx comme de nature parasitaire, le professeur Oertel emploie exclusivement ces vapeurs phéniquées avec une solution à 5 0/0 d'acide phénique. Une application exclusive de cet agent pendant deux ans et demi lui a donné 27 guérisons, dans des cas très graves. Une quantité suffisante de liquide étant mise en contact durant plusieurs minutes avec les parties malades, aucune irritation n'en résulte comme avec le pinceau ou l'éponge Une partie du liquide administré de la sorte est même absorbée pour neutraliser les produits morbides qui peuvent avoir pénétré dans le sang et préviennent ainsi l'infection générale. Ces vapeurs agissent de plus sur la fièvre et diminuent la température.

Dans un cas grave de diphthérite scarlatineuse, la bouche, le pharynx, les amygdales et la partie supérieure du larynx étant couverts de fausses membranes épaisses et d'un gris sale, avec pouls irrégulier et intermittent, ces inhalations le rendirent continu, régulier et plus fort; les fausses membranes se détachèrent ensuite.

Ces inhalations sont faites toutes les deux à trois heures, durant deux à cinq minutes, avec le jet introduit presque directement dans la bouche. On les diminue dès que les urines deviennent noires ou que des troubles gastriques se manifestent. L'acide borique à 2 ou 3 0/0 et le benzoate du soude à 5 0/0 peuvent remplacer l'acide phénique mal supporté. (*Ann. des maladies du larynx*, septembre.)

La solution suivante est appliquée localement, par le docteur Harries, sur les parties accessibles de la gorge recouvertes de fausses membranes :

℞ Acide boracique....................	7 gr.
Glycérine........................	āā 15 gr.
Eau............................	

Sous l'action des badigeonnages toutes les heures, les dépôts blanchâtres se flétrissent et se détachent par pièces. Ils peuvent se reproduire si l'on cesse les applications immédiatement. Il faut les continuer jusqu'au huitième jour. (*Lancet.*)

DIPSOMANIE. Il ne faut pas la confondre avec l'alcoolisme, comme on le fait trop souvent, bien qu'elle puise sa source dans l'alcool; c'est une forme différente, dit le professeur Lasègue, et sans autre analogie avec lui. Celui-ci est un vice, celle-là une maladie. Ces deux formes d'empoisonnement par les boissons fermentées, étrangères l'une à l'autre, contrastent par leur étiologie, leur marche, leurs symptômes et leur terminaison. Telle est leur disparité qu'aucun dipsomane ne devient alcoolique et aucun alcoolique dipsomane. Il est donc essentiel d'en fixer les lignes de démarcation, en remontant au delà du fait brut et en s'enquérant avec soin des antécédents. On s'expose autrement à de grossières erreurs.

La dipsomanie se déclare presque toujours à la suite d'un ébranlement de santé, sans que rien ait fait prévoir ni soupçonner le mal. Les qualités de l'esprit, l'activité de l'intelligence, le sens de la conduite n'en sont pas une sauvegarde, et elle se montre après des habitudes sobres et régulières jusqu'à la plus grande correction; une transformation inaperçue plutôt qu'un événement de santé, comme dans tant d'autres affections mentales, en marque l'invasion. Le choc foudroyant est l'exception, et, quand la première crise solennelle éclate, elle avait toujours été précédée d'une succession d'incidents, regardés comme insignifiants, qui sont les *paroxysmules* de la goutte de Sydenham par rapport à l'ictus vrai.

Ce n'est pas la maladie des imbéciles ni des gens de peu, contrairement à l'alcoolisme. Elle est ainsi une rareté à l'hôpital, où les alcooliques abondent. M. Lasègue a ren-

contré peu de dipsomanes à l'examen, dont il est chargé depuis longtemps, des aliénés placés d'office par le département de la Seine et appartenant presque exclusivement aux classes pauvres. Et encore était-ce des déclassés ayant reçu de l'instruction, subi des examens et joui d'une fortune dissipée ou compromise. A ce titre, la dipsomanie rentre dans la catégorie de la goutte et du diabète.

Un exemple, entre ceux qu'il choisit et raconte avec tant d'aisance chez les deux sexes, suffira pour en montrer le type chez un homme intelligent, robuste, ayant conquis sa position par une instruction classique complète et tardive et une somme de travail considérable. Marié et père de famille, tout avait été au mieux dans sa vie. Il était heureux de son aisance, quand un matin, à cinquante-quatre ans, il fut pris soudainement d'une défaillance de courte durée, semi-comateuse, avec collapsus et perte de connaissance. Une paralysie incomplète du membre inférieur gauche en fut la seule conséquence, sans trouble apparent, sauf plus d'irritabilité. De sobre, il devint plus enclin à boire et rentrait chez lui dans un état étrange, mais sans ivresse. Un jour, il fut ramené brutalement ivre, somnolent et abruti, incapable de revenir seul.

On découvrit alors que c'était un dipsomane extérieur, profitant de toutes les occasions pour boire, mais jamais seul. Il se donnait ainsi en spectacle dans ses réunions d'affaires, sans se rendre compte de son trouble mental ni avant, ni pendant, ni après l'accès. Cet état se prolongea durant trois années environ, malgré les reproches, les conseils, les supplications et les railleries, lorsqu'une broncho-pneumonie l'enleva à soixante ans. (*Archiv. de méd.*, septembre.)

A ce tableau, on peut distinguer le dipsomane de l'alcoolique par le voile impénétrable que met le premier dans son ivresse, comme un cas en a été récemment observé par le docteur Groussin, chez une dame frisant la cinquantaine. Elle se plaignait d'étourdissements, de maux de tête, d'incertitude dans la marche et de son défaut d'assurance dans les mouvements de préhension.

Redoutant une congestion cérébrale, une apoplexie, des dérivatifs sur l'intestin, des pédiluves sinapisés et des

alcalins étaient prescrits, lorsque le médecin apprit par hasard que cette dame s'enivrait régulièrement quatre fois par semaine avec de l'eau de Botot. Elle buvait cette eau, au lieu de s'en rincer la bouche ; et sa ruse obtenait son but : car, d'une part, elle s'enivrait tout son soûl, et, d'autre part, les personnes qui l'approchaient et le médecin lui-même se disaient : « Ce n'est pas étonnant que Mme X... ait de si belles dents et une si bonne odeur; elle s'inonde d'eau de Botot! » Si elle avait bu du vin, de la chartreuse ou du cognac, son haleine l'aurait trahie, pour la personne la moins perspicace.

L'ivresse à l'eau de Cologne, à l'alcool camphré, à l'alcoolat de menthe et autres produits pharmaceutiques alcoolisés est ainsi assez fréquente parmi les personnes riches du sexe féminin que leur position sociale force à recevoir ou à faire beaucoup de visites. (*Bull. de thérap.*, octobre.)

Ce n'est évidemment pas là de l'*alcoolisme à la toilette*, comme l'appelle le médecin de Bellevue, mais de la dipsomanie.

E

EAU OXYGÉNÉE. C'est le peroxyde d'hydrogène découvert par Thénard. Son action sur la fermentation, signalée en Allemangne dès 1878 et bientôt renouvelée en France (Voy. FERMENTATION, 1880), ne pouvait manquer d'attirer l'attention sur ce produit simple et à bon marché, espèce d'eau merveilleuse que la fibrine seule décomposait, d'après Thénard. Une circonstance fortuite semble avoir élucidé ce sujet : c'est l'assertion de M. Béchamp à l'Académie des sciences que les matières albuminoïdes décomposaient seules l'eau oxygénée. M. Dumas l'ayant répétée dans son rapport, plusieurs voix autorisées se sont élevées aussitôt pour la contredire. MM. P. Bert et Regnard ont constaté, en effet, que tout organisme constituant un ferment figuré est arrêté immédiatement dans son action fermentatrice par l'eau oxygénée. Le ferment est tué, et la fermentation ne re-

prend plus, même après l'élimination de l'eau oxygénée. Elle est donc décomposée par lui. De là son action antiseptique, tandis que les ferments solubles, comme la salive, la diastase, les sucs gastrique et pancréatique, n'en sont nullement impressionnés. (*Acad. des sc.*, 22 mai.)

L'eau oxygénée, en arrêtant la fermentation, serait aussi un réactif certain des ferments figurés. Le blanc d'œuf, dédoublé en deux substances distinctes, en possède encore une troisième, qui, décomposant seule l'eau oxygénée, serait un organisme bien caractérisé, c'est-à-dire les microzymas de M. Béchamp. Elle serait ainsi le réactif par excellence pour en déceler la présence.

La panspermie régnante et le parasitisme admis de la plupart des maladies infectieuses trouvent un auxiliaire précieux dans l'eau oxygénée. Elle serait un parasiticide des plus puissants, sans les inconvénients d'odeur et de toxicité de l'acide phénique. De là son emploi et ses bons effets dans le pansement des plaies. (Voy. PANSEMENTS.)

L'eau oxygénée médicinale à 10 volumes par litre, injectée dans l'urèthre, a été aussi employée contre la blennorrhagie de la femme, par M. de Sinéty, à Saint-Lazare.

Contre la vaginite, des irrigations quotidiennes avec l'eau oxygénée pure, suivies de pansement avec des tampons de ouate qui en sont imbibés, lui ont donné les meilleurs résultats.

Contre le muguet, des applications topiques renouvelées trois ou quatre fois par jour ont fait disparaître en une seule journée des plaques développées chez les nouveau-nés athrepsiques et des adultes tuberculeux ou cancéreux. Des gargarismes ensuite avec l'eau oxygénée au quart suffisent pour assurer la guérison. (*Journ. de thérap.*, septembre.)

Dans un cas d'ophthalmie purulente de cause probablement génitale, M. Bottex s'est rendu maître de l'affection après quatre jours de lavages renouvelés plusieurs fois dans la journée.

EMPYÈME. *Thoracoplastie.* Sur huit cas de résection des côtes, suivant le procédé d'Estlander (Voy. *année*

1879), le docteur Homen a obtenu deux guérisons complètes et deux décès; les quatre autres opérés ont quitté l'hôpital avec des fistules pleurales. L'un est mort bientôt, et l'autre a guéri complètement. C'est donc 50 0/0 de succès. (*Archiv für klin. chir.*, 1881.)

L'exemple suivant du docteur Fenger, de Chicago, est d'un enseignement plus efficace. Une fille de seize ans souffrait depuis deux ans et demi d'un empyème du côté droit, avec fistule persistante résultant de la ponction faite entre la sixième et la septième côte à 2 pouces 1/2 au-dessous du mamelon. La sonde pénétrait à une profondeur de 5 à 6 pouces, et deux cuillerées à soupe de pus s'en écoulait journellement. Un léger enfoncement de la paroi costale existait, sans que les lavages ni les bandages antiseptiques, employés depuis trois mois, aient pu amener l'occlusion. Résonance normale au sommet, jusqu'à la quatrième côte. La malade, de plus en plus faible, avait perdu l'appétit, avec douleur de côté et céphalalgie.

Quinze mois après l'établissement de la fistule, la résection des côtes fut pratiquée, en vue d'obtenir l'occlusion de la cavité pleurétique. Une incision de cinq pouces de long étant faite sur le trajet de la fistule, en arrière et en avant, les cinquième et sixième côtes, ayant été dénudées du périoste, furent réséquées dans une étendue de 6 à 7 centimètres. Le petit doigt put ainsi être introduit dans la cavité qui remontait jusqu'à la quatrième côte et exigea de même l'excision de celle-ci. La paroi interne était tapissée d'un tissu connectif ferme, dur, recouvert de granulations molles, dont une partie fut enlevée par le grattage, sans hémorrhagie notable.

Cette opération, faite sous le nuage phéniqué, fut suivie d'une contre-ouverture à l'angle de l'omoplate, donnant passage à un drain. L'occlusion fut si rapide que le drain put être enlevé le trente-septième jour et que la cavité et la fistule étaient complètement fermées le cinquante-quatrième jour. Sept mois après, l'opérée jouissait d'une très bonne santé, sans toux, et le thorax donnait les mesures suivantes au-dessous de l'angle de l'omoplate. La circonférence du côté gauche était de 13 pouces 1/4 et à droite de 10 pouces 3/4 seulement; au niveau

de l'aisselle, elle était à gauche de 13 pouces 3/4 et de 11 pouces 3/4 à droite; sur la onzième vertèbre dorsale, cette circonférence était de 12 1/2 à gauche et de 10 pouces à droite. Le sternum était infléchi de ce côté. Le plus grand enfoncement du côté droit était au-dessus du mamelon correspondant à la quatrième côte, où le diamètre antéro-postérieur était de 3 pouces 1/2 au lieu de 5 du côté gauche correspondant. Sous la clavicule même, le diamètre était de 3/4 de pouce au-dessous du côté gauche.

Les extrémités osseuses des côtes réséquées, quoique perceptibles au toucher, étaient en voie de régénération manifeste. La percussion donnait un son clair au-dessus de la quatrième côte, avec matité au-dessous et dans la région axillaire; la résonance était claire au-dessus de la cinquième et mate au-dessous. En arrière, la matité n'existait qu'au-dessous de l'omoplate. Ce résultat est donc en faveur de l'opération d'Estlander. (*Boston med. and surg. journ.*, nº 14.)

Drainage remplaçant les injections. Après les redoutables accidents produits par les injections intra-pleurales, le professeur Billroth proclame leur inutilité pour laver et irriguer la cavité de l'empyème, sinon pour la débarrasser des caillots ou des adhérences putréfiées, décomposées qui peuvent s'y rencontrer. Une seule injection suffit à cet effet. Dans le cas d'une blessure par coup de feu dans le thorax, suivie d'un empyème putride, il se borna à une contre-ouverture, par laquelle il fit passer librement une solution de thymol pendant quatre jours. Dans l'empyème ordinaire, il suffit de réséquer une côte et d'introduire un drain, pour que le pus ait un écoulement continu, suivant le procédé d'Hippocrate. L'iodoforme peut être introduit dans la cavité pour diminuer le pus et le désinfecter, les injections désinfectantes froides étant parfois suivies des plus mauvais résultats, comme il en relate des exemples. (*Allg. Wiener med. Zeitung*, décembre 1881.)

ENCHONDROME. Ces tumeurs dures doivent être examinées avec soin, depuis que leur malignité a été dé-

montrée par quelques exemples (Voy. *année* 1878.) C'est une épée de Damoclès pour ceux qui les portent. Il est donc utile d'en réunir les cas.

Un enchondrome lobulé de la face a été observé par M. Demons, de Bordeaux, chez un jeune homme de vingt-quatre ans qui le portait depuis huit ans. L'extirpation incomplète en fut faite par grattage, et la réunion eut lieu par première intention. Six mois après, la marche envahissante du mal semblait arrêtée et l'état général de l'opéré était excellent. La récidive, bien qu'à craindre, ne se manifestait donc par aucune trace. (*Soc. de chir.*, décembre 1881.)

La malignité de ce néoplasme s'est manifestée clairement chez un garçon de dix-huit ans, entré à l'hôpital Tenon pour une tumeur de l'épaule droite, ayant le volume d'une tête d'adulte. Elle serait survenue à la suite d'un coup remontant à cinq ans. Arrondie et sessile, elle mesure 27 centimètres verticalement et 45 transversalement, quoique unie intimement en arrière au bord axillaire de l'omplate, avec prolongement dans la fosse sus-épineuse. Elle suit tous les mouvements imprimés à l'humérus. Sa surface est surtout dure en haut, avec de nombreuses petites saillies résistantes et comme osseuses. Absence absolue de fluctuation, de pulsations et du frémissement; le diamètre du bras droit est de 2 centimètres au-dessous de son congénère.

Un enchondrome est diagnostiqué, et, malgré un excellent état général, avec appétit, sans fièvre ni amaigrissement, l'extirpation de cette énorme tumeur est faite par le docteur Blum le 12 mai. Son poids fut trouvé de 7 livres, et son examen justifia le diagnostic porté. Tout en s'étendant sur la face externe de la tête de l'humérus, elle n'y adhérait pas. Ses adhérences étaient aux extrémités externes de la clavicule et de l'acromion.

Malgré des vomissements consécutifs pendant trois jours, la plaie, qui mesurait 30 centimètres, finit par se cicatriser, et le 1er juin l'opéré, sans fièvre, paraissait dans un excellent état. Il quitta l'hôpital le 10; mais, dès le 9 septembre suivant, la récidive est évidente sur l'humérus. On résèque 6 centimètres de sa partie supérieure, et néanmoins des nodules enchondromateux apparais-

sent dix jours après, au milieu de bourgeons charnus; ils augmentent rapidement, malgré la cautérisation avec la pâte de Canquoin. Toute la cicatrice en est envahie un mois après et l'opéré succombe bientôt; d'où l'enseignement de ne toucher à ces tumeurs qu'avec beaucoup de réserve. (*Archiv. de méd.*, octobre.)

L'enchondrome mou de l'omoplate, n'ayant plus aucune tendance à l'ossification, serait, d'après Walder, le plus sujet à la dégénérescence sarcomateuse. Comme l'encéphaloïde, la marche de cette espèce serait plus rapide, plus douloureuse et plus maligne que celle des autres. Il distingue ainsi les enchondroses ossifiées, les enchondromes ordinaires et les chondromes ostéoïdes, qui prennent leur origine dans le tissu conjonctif, tandis que les autres dérivent du cartilage, avec tendance à l'ossification.

L'enchondrome hyalin est constitué par le développement d'un cartilage de première formation sans tendance à l'ossification, comme l'enchondrome mou. Ces deux dernières espèces sont donc les plus redoutables, quant à la dégénérescence et la récidive. (*Deuts. zeitsch. für chirurg.*, 1881.)

Une *tumeur chondroïde* de la paroi thoracique a été extirpée par le docteur Surmay, dans des conditions particulièrement graves, montrant la bénignité de cette affection. Son début remontait à quatorze ans, et son volume équivalait à la tête d'un enfant nouveau-né. Elle était appliquée sur le cinquième espace intercostal droit, dans lequel elle s'implantait, auprès du sternum. Après avoir été détachée de la paroi thoracique, elle dut être sectionnée à sa base; puis il fallut creuser une sorte d'excavation pénétrant dans le médiastin. Pendant les premiers temps, des parties mortifiées vinrent faire issue au niveau de la plaie, et il se creusa en ce point une cavité profonde de 7 à 8 centimètres, au fond de laquelle on voyait battre le cœur. Néanmoins, le malade guérit parfaitement et n'a jamais présenté de récidive, quoique l'opération remonte à treize années.

ENSEIGNEMENT. *Arbitraire et favoritisme.* Il a suffi du court passage de M. P. Bert au ministère de l'ins-

truction publique pour le marquer de plusieurs décisions autoritaires et despotiques qui ont ému, froissé deux ou trois Facultés de médecine, en attentant à leurs prérogatives et leurs droits. Le professeur de physiologie à la Faculté de Lyon, envoyé en congé, a été ainsi remplacé par celui de la Faculté de Lille, M. Morat, au lieu de le faire substituer par un agrégé en exercice, suivant l'usage consacré; ce qui a provoqué une protestation revendiquant énergiquement les droits méconnus du corps des agrégés de Lyon.

Un second arrêté a été non moins sensible à la Faculté de Paris. Malgré son avis favorable sur la permutation du professeur Hayem de la chaire de thérapeutique à celle d'anatomie pathologique, le ministre n'en a pas tenu compte. La vacance de celle-ci a été maintenue, et le docteur Cornil, collègue et ami du ministre, a pu être nommé directement à cette chaire, à laquelle d'ailleurs les travaux spéciaux de toute sa vie le désignaient naturellement. Tout en distrayant le savant histologiste de la politique militante au profit de la science, ce trait du Parthe a marqué la chute définitive du ministre.

Une autre permutation non moins remarquée a été celle du professeur Charcot de la chaire d'anatomie pathologique, transféré sur sa demande dans celle de clinique des maladies du système nerveux, qui semble avoir été créée expressément pour lui à la Salpêtrière.

Concours. Par arrêté du 20 mai, un nouveau concours central s'ouvrira à Paris pour le choix de 49 agrégés, à répartir de la manière suivante entre les Facultés de l'État :

	Paris.	Bordeaux.	Lille.	Lyon.	Montpellier.	Nancy.
Médecine.........	4	2	1	1	2	1
Chirurgie......... / Accouchements...	3 / 1	2	2	3	1	2
Anatomie .... / Physiologie	1	1	2	2	1	2
Histoire naturelle.	1	»	»	1	1	1
Physique.........	1	1	1	1	1	1
Chimie........... / Toxicologie	1	1	»	2	1	»
Totaux........	12	7	6	10	7	7

Le concours pour la section de chirurgie et d'accouchements s'ouvrira le 1er mars 1883 et le 1er juin suivant pour les deux autres sections des sciences anatomo-physiologiques et physiques.

Faculté de médecine de Paris. Le rapport du doyen constate que 4 209 étudiants ont fait acte de scolarité pendant l'année 1881-82 jusqu'au 16 octobre. 388 ont de plus pris leur première inscription au mois de novembre suivant. Il y a en outre les attardés qui reviennent, puis les étrangers au nombre de 50 et les femmes s'élevant seulement à 39, soit 13 de moins que l'année précédente. 6 076 examens ont été passés, avec refus de plus du quart, sans atteindre le tiers des candidats.

Autonomie universitaire. L'usage consacré dans les Universités et même dans chaque Faculté est de recruter ses professeurs dans son propre sein. L'élève succède parfois ainsi directement au maître dans sa propre chaire et en continue les traditions. Jamais il n'a été fait d'exception à cette règle en France, et si le concours a pu exiler autrefois de Paris en province des maîtres comme Fournet, Sédillot, Rigaud, jamais les plus grands de la province comme Delpech, Lordat, Lallemand, Hirtz et tant d'autres n'ont été appelés à Paris. La pépinière d'hommes distingués qui se forment dans ce centre par l'agrégation est si compacte et touffue, que les avenues du professorat en sont encombrées au point qu'un grand nombre des plus dignes ne peuvent arriver. C'est directement qu'il faut venir y faire ses preuves pour conquérir sa place. Chauffard dut ainsi y faire un stage de plusieurs années avant d'être agréé par la Faculté. Celle-ci, n'ayant que l'embarras du choix, n'a jamais pensé à désigner un professeur de Montpellier ni de Lyon, si célèbre soit-il, pour l'appeler dans son sein. L'élection directe n'a pas fait non plus de ces coups d'autorité, et M. P. Bert eût seul pu le tenter, comme il en avait le dessein, paraît-il. Le concours central d'agrégation est d'ailleurs une voie légitime d'y arriver pour qui se sent de force à opter pour Paris.

L'autonomie des Facultés étrangères leur donne

beaucoup plus de liberté à cet égard, et il n'est pas rare que ces mutations s'observent en Angleterre comme en Allemagne, voire même en Italie parfois. Le professeur Lister est arrivé ainsi par étapes successives de Glasgow à Edimbourg et à Londres, sans que le crédit de son beau-père Syme ait fait tous les frais de cette ascension rapide. Spence lui fit obstacle, et c'est en connaissant par expérience toutes les chances de ces mutations brusques pour les élèves que l'Université d'Edimbourg vient de remplacer ce dernier par le docteur J. Chiene, son élève. Dans le même esprit sans doute, l'Université Harvard de Boston, sur la désignation du professeur Henry Bigelow, qui tenait le sceptre de la chirurgie depuis vingt-cinq ans, a fait passer à sa place, dans la chaire de chirurgie opératoire, M. David Cheever, professeur de clinique chirurgicale, dont les tendances sont bien connues. Il n'y aura donc pas de transition.

Il en a été tout autrement à Berlin, par suite de la démission du professeur Langenbeck. Pour avoir un successeur digne du maître, l'Université s'est d'abord adressée au professeur Billroth ; mais quoique son élève, il a décliné l'offre d'aller occuper la chaire de son maître, préférant se consacrer aux intérêts de l'Université de Vienne. Ce refus lui a valu de chaleureux applaudissements et les remerciements de la jeunesse enthousiaste. Le professeur Volkmann, de Halle, choisi ensuite, n'a pas accepté davantage, et voici cette petite Université, qui a fait la gloire d'Hoffmann, tenant en échec la première de l'empire. Ces deux refus sont significatifs et montrent que la centralisation de l'empire à Berlin n'est pas encore générale ni poussée aussi loin qu'à Paris. Von Bergmann est l'heureux successeur.

Accroissement des étudiants en Angleterre. Depuis 1865 que l'inscription des étudiants est requise dans tous les corps enseignants, leur nombre s'accroît d'une manière progressive plus frappante chaque année, malgré les conditions préliminaires imposées à cette inscription. De 1866 à 1873, 8 912 furent inscrits, soit une moyenne annuelle de 1 114 pour les trois Royaumes unis. Dans les huit années suivantes, de 1874 à 1881,

il y en eut 13 850, soit 1 732 par année moyenne. Or ces nombres ont été graduellement de 1 367, 1 311, 1 479, 1 684, 1 732, 2 069, 2 106 et 2 171 en 1881. Rien d'étonnant à cette progression, en rapport avec l'augmentation de la population générale, mais il est remarquable que le commencement des études a lieu surtout dans les écoles écossaises, car elles comptaient 567 inscriptions en 1881. (*Lancet*, 15 avril.)

L'*Université d'Édimbourg* a enregistré 2 909 inscriptions au commencement de cette session, avec une augmentation de 94 sur l'année précédente, dont 76 pour la Faculté de médecine. Le nombre total des étudiants en médecine est ainsi de 1 388 pour 1883.

2 270 inscriptions ont été prises à l'Université de Glasgow, dont 623 en médecine, au commencement de l'année scolaire 1882-83. Le nombre en était de 2 321 l'année dernière.

En raison même de ce nombre considérable d'étudiants, les deux grandes Universités écossaises font une énergique et persistante opposition au projet de fusion du *Medical Council* pour que tous les corps enseignants abandonnent leur droit de conférer les grades. Un seul jury d'examen en serait chargé dans chacun des trois royaumes : Angleterre, Écosse et Irlande.

ÉPANCHEMENTS. *Bruit de glouglou pleural.* Semblable à celui d'une bouteille qui se vide, ce nouveau signe, découvert par M. Variot chez deux malades, un homme et une femme, observés dans le service de Maurice Raynaud peu de temps avant sa mort, indiquerait la présence des gaz dans la plèvre, à défaut de la fluctuation thoracique résultant de la succussion. Il n'y avait ainsi ni souffle amphorique ni tintement métallique à gauche chez le premier malade, et des secousses brusques et vigoureuses ne donnaient aucun résultat. La matité complète et l'absence de tout bruit normal ou morbide : ni murmure vésiculaire, ni souffle pleural, ni frottement firent diagnostiquer un pneumo-thorax chez ce tuberculeux.

C'est alors que le malade accusa un bruit dans sa poitrine lorsqu'il se baissait. L'interne le fit descendre expé-

rizontalement de son lit et se baisser pour saisir le vase. La main, appliquée sur le côté gauche, ne perçut rien dans ce premier mouvement, mais, dans le brusque redressement qui suivit, elle ressentit très nettement un frémissement, comme un frou-frou prolongé. L'auscultation dans ces mêmes mouvements perçut un bruit d'une intensité remarquable et d'un timbre spécial, en faisant pousser la flexion jusqu'à l'angle droit. C'est une sorte de borborygme de deux ou trois grosses bulles éclatant comme dans une cavité close. Le redressement brusque reproduit le même bruit en simulant le glouglou d'une bouteille qui se vide. On peut espacer ces bulles et les faire éclater à distance par la lenteur même des mouvements. Dans le redressement brusque, le bruit s'entend à deux ou trois pas de distance. Le malade l'avait indiqué en le ressentant lui-même. La constance et la régularité de ce glouglou ne pouvaient faire douter de son siège dans la plèvre. Elle était sonore à l'égal du côté droit, en faisant fléchir le tronc à angle droit sur les cuisses, tandis que la matité reparaissait par le redressement du tronc. Observé pendant plus de six semaines sur ce malade, ce signe diminua ensuite et disparut.

Le même phénomène s'observa chez une domestique de trente-neuf ans, avec épanchement à droite et tous les signes ordinaires en résultant. Prise d'une vomique quelque temps après, elle s'améliora graduellement, sans qu'il fût possible, par la succussion ni autrement, de constater la présence de gaz dans le thorax. En lui faisant répéter la même manœuvre que le malade précédent, on constate, par l'auscultation et la palpation, absolument les mêmes phénomènes que chez lui. La percussion donne une zone mate dans l'attitude verticale, tandis qu'elle redevient sonore dans la flexion du tronc. La malade quitta l'hôpital améliorée.

Le déplacement réciproque des liquides et des gaz contenus dans la plèvre se trouve ainsi mis en évidence. Le bruit morbide résulte vraisemblablement de leur collision pendant ces mouvements. Contrairement à la fluctuation thoracique, le bruit de glouglou n'a jamais pu être déterminé par l'ébranlement violent et répété du thorax, le malade étant debout ou assis. Sa condition a

été la flexion à angle droit du tronc sur les cuisses et le redressement. Les dispositions relatives des gaz et des liquides ne sont donc pas les mêmes dans les deux cas, puisque les bruits tout différents résultent de mouvements opposés. Quelques cas de pneumo-thorax avec épanchement, présentant les bruits amphoriques, n'ont pas donné le glouglou, mais simplement le clapotement bref de la fluctuation. Il semble donc que ce glouglou résulte d'une pleurésie cloisonnée, d'autant plus probable chez les deux malades précédents qu'elle était chronique.

Laënnec seul paraît avoir constaté ce phénomène, mais non d'une manière positive. Ce signe serait donc absolument nouveau, et c'est à en élucider le mécanisme ou le mode de production que l'auteur a consacré un mémoire très intéressant. (*Revue de méd.*, mai.)

Tympanisme sous-claviculaire. En se manifestant dans les conditions morbides les plus opposées du lobe supérieur, ce signe affecte des tons si variés qu'il ne peut être utilement analysé dans son ensemble, sinon au point de vue de la physique expérimentale, comme l'ont fait les Allemands surtout. Son interrogation dans un état morbide déterminé, en en signalant les principales différences, est seule capable de le rendre utile à la clinique. C'est en le distinguant ainsi dans les épanchements pleurétiques, où il se rencontre presque constamment, que le docteur Grancher va le faire servir surtout à leur pronostic, non plus seulement par lui-même, mais d'après la combinaison des autres signes physiques avec lui. C'est donc la méthode clinique par excellence.

Il se rencontre sous trois formes distinctes. La première, quand la respiration est augmentée ainsi que les vibrations vocales par rapport au côté opposé sain. D'où le schéma suivant :

Son....................................	+
Vibrations..............................	+
Respiration.............................	+

La respiration puérile, exagérée aux deux temps, avec augmentation des vibrations thoraciques, s'observe

ainsi dans certaines pleurésies avec épanchement et dans quelques pneumonies. L'association de ces trois signes en plus indique l'intégrité du parenchyme pulmonaire. Il subit seulement les effets de la compression et du refoulement, sans prendre part au processus morbide. D'où la conclusion que la pleurésie est simple et offre les plus grandes chances de guérison.

Cinq observations en sont la preuve, dont trois pleurésies guéries. Chez un pneumonique, l'autopsie a montré l'état sain, crépitant, souple, de la partie du lobe supérieur, où ces signes se rencontraient. Tout le reste était en hépatisation. Même vérification à l'autopsie d'un malade atteint d'hydrothorax d'origine cardiaque. C'est donc là un simple *tympanisme de suppléance* dans la partie du poumon qui surnage à l'épanchement. C'est le cas particulier de cette loi générale que toute respiration supplémentaire s'accompagne d'une augmentation du son et des vibrations vocales.

La deuxième forme est quand ce tympanisme existe avec augmentation des vibrations vocales et diminution de la respiration figurée par le schéma :

Son..................................	+
Vibrations..................................	+
Respiration..................................	—

Tantôt le murmure respiratoire est très affaibli, presque nul, tantôt il est simplement diminué ; quelquefois il est en même temps faible et rude, la tonalité de l'inspiration aussi sensiblement abaissée. Chacun de ces degrés, chacune de ces nuances a sa valeur dans le diagnostic de la nature même de la lésion pulmonaire et pour son pronostic.

Au lieu d'être associé aux autres signes physiques, le tympanisme est dissocié de la respiration très affaiblie. Rien n'est plus fréquent que ce type dans l'observation journalière des pleurésies par l'examen de la région sous-claviculaire. C'est l'indication que le lobe supérieur, non recouvert par l'épanchement, comme l'exagération des vibrations vocales en est la preuve, est atteint d'une lésion propre, concomitante, complexe. C'est ordinairement un état congestif simple ou de nature tuber-

culeuse, qui survit à l'épanchement plus ou moins longtemps ; il peut disparaître, s'il n'y a point de tubercules locale, ou rester le témoin d'une lésion pulmonaire primordiale, et évoluer ensuite dans le sens de la phthisie.

Les exemples de ce type sont très communs dans les conditions suivantes : Un homme vigoureux prend une pleurésie, en même temps qu'il tousse et crache un peu. Vu quelques jours après le début, soit à l'hôpital, soit en ville, il présente, avec un épanchement pleurétique moyen ou abondant, cette dissociation particulière des signes physiques, dans la région sous-claviculaire. Avec ou sans ponction, avec ou sans vésicatoires, l'épanchement disparaît, et le lobe inférieur du poumon reprend peu à peu ses fonctions. Les vibrations, la respiration, le son même reviennent à la base ; au contraire, le lobe supérieur reste à peu près dans le même état. Le tympanisme a disparu cependant et a fait place à une submatité ou même à une matité évidente ; ces vibrations sont toujours exagérées et la respiration toujours affaiblie.

Un mois ou deux peuvent ainsi se passer sans changement notable, et le malade reprend une partie de ses forces, mange et se croit guéri. Mais il ne tarde pas à rechûter, on constate alors tous les signes de la phthisie.

L'un de ces malades, suivi par exception à l'hôpital du commencement à la fin des accidents, a confirmé pleinement à l'autopsie ce diagnostic porté dès son entrée : congestion pulmonaire tuberculeuse, accompagnée d'épanchement pleurétique. C'est le nommé Fouq, homme extrêmement vigoureux, alcoolique, qui commença sa maladie à l'hôpital Tenon et vint mourir quinze mois après à Necker.

Les choses ne tournent pas toujours au tragique, lors même que la congestion pulmonaire est de nature tuberculeuse. La phthisie marche parfois lentement, avec de longues périodes de rémission ; elle peut même s'arrêter sur place et guérir. Cette congestion n'est pas d'ailleurs toujours tuberculeuse. Quelques faits rares, exceptionnels prouvent que la respiration et les autres signes physiologiques ont reparu après l'épanchement pleural.

Cette forme peut donc s'appeler le *tympanisme par congestion*, par opposition à la première, et indique bien plus de gravité, parce que cet affaiblissement de la respiration est ordinairement en rapport avec une forme de tuberculose pulmonaire masquée par un épanchement pleurétique.

La troisième combinaison est la plus rare. Elle consiste dans la diminution ou l'extinction, l'absence des vibrations vocales, avec affaiblissement de la respiration selon ce schéma :

Son	+
Vibrations	—
Respiration	—

Elle coïncide avec une compression du hile du poumon ou des grosses bronches du lobe supérieur. L'œdème pulmonaire concomitant de l'hydrothorax la produit aussi. Une pleurésie médiastine, remontant au-dessus du hile du poumon gauche et comprimant la racine des bronches, a été diagnostiquée par l'ensemble de ces signes, et l'autopsie a confirmé le diagnostic.

C'est le *tympanisme de compression et d'œdème pulmonaire*, mais sans permettre de diagnostiquer positivement l'état sain ou pathologique du lobe supérieur. Il est comme l'intermédiaire entre les deux autres. (*Soc. méd. des hôp.*)

Réduit à son observation clinique, sans aucune explication physique ni acoustique et sans s'arrêter à ses tonalités différentes, on voit que le tympanisme sous-claviculaire peut être de la plus grande importance aux praticiens pour le diagnostic et le pronostic de plusieurs affections pulmonaires très fréquentes.

La vérification clinique de ces signes par M. Féréol l'a amené à juger comme préférable d'interroger le sommet du côté sain que celui atteint d'épanchement, pour le diagnostic de la tuberculose. Il serait téméraire de s'en rapporter à cet égard aux signes fournis du côté de l'épanchement.

Sauf cette réserve, il a constaté chez un de ses malades la parfaite exactitude et la confirmation de la théorie précédente de M. Grancher. (*Idem.*)

Ponction. Elle ne doit jamais servir à évacuer que la moitié du liquide épanché, selon le professeur Potain, qui emploie un manomètre spécial à cet effet. A défaut de cet instrument, il faut mesurer la quantité évacuée aussi exactement que possible; autrement, la pression devenant négative, une véritable pluie de liquide se produit dans la plèvre, et des accidents sérieux peuvent en être la conséquence.

Les quintes de toux sont le plus redoutables par les congestions qu'elles provoquent et la douleur en résultant. Une injection d'un centigramme de morphine suffit à les prévenir ou à les arrêter. Et, comme elles apparaissent parfois une demi-heure après la ponction, alors que le médecin n'est plus là pour la pratiquer, une mort subite peut s'ensuivre. D'où l'importance de mesurer le liquide évacué, sauf à revenir à une nouvelle ponction, après une dizaine de jours. Elle est contre-indiquée chez les tuberculeux, malgré l'abondance de l'épanchement. L'affaissement du poumon et sa compression en résultant du côté malade sont une condition avantageuse, comme le pneumothorax. (Voy. PHTHISIE, 1881.)

Tous les autres moyens sont préférables pour le diminuer lentement. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, avril.)

Drainage capillaire. Entre ce procédé et la ponction avec aspiration, le docteur Southey se demande lequel est préférable pour faire courir le moins de risques à l'opéré et diminuer plus sûrement sa douleur. La ponction avec aspiration a souvent amené une douleur considérable notée dans plusieurs cas. Elle produit, soit au début, soit à la fin de l'évacuation du liquide, des quintes de toux; elle cause quelquefois une expectoration de liquide, soit par la faute du malade ou celle de la méthode, ce qu'il est difficile de décider.

Le drainage graduel semble par conséquent être un moyen plus pratique et sûr pour donner issue au liquide. Il est peu douloureux, facile à exécuter, et répondrait probablement à toutes les exigences de ce traitement délicat. Deux observations où ce mode de traitement fut employé avec succès sont rapportées à l'appui. (*Lancet*, juillet 1881.)

Epanchements du péricarde. Un nouveau signe en a été découvert par le docteur Rendu chez un garçon de vingt ans, auquel il a pratiqué la paracentèse du péricarde, le 31 octobre 1881. C'est une sonorité skodique en arrière vers la partie moyenne du poumon gauche, produite par la compression du péricarde très distendu. Aucune trace de pleurésie n'existait, ni matité à la base du poumon. En avant, la matité précordiale mesurait 16 centimètres verticalement sur 11 de large, au niveau de la ligne mamelonnaire, et 13 un peu au-dessous. En ne s'écartant pas de la dilatation cardiaque, ces dimensions auraient donc rendu le diagnostic difficile, si la marche antérieure de l'épanchement et le signe indiqué plus haut n'eussent éclairé l'opérateur. La ponction donna issue à 950 grammes d'un liquide citrin qui amena rapidement la guérison. (*Soc. méd. des hôp.*, 24 février.)

ÉPILEPSIE. *Ligature des artères vertébrales.* Je puis hardiment recommander cette opération, dit le docteur W. Alexander, quand tous les autres moyens ont échoué et que les accès sont assez répétés pour compromettre la personnalité sociale et intellectuelle du malade. Je l'ai tentée dans des cas d'épilepsie héréditaire ou suite de fièvre scarlatine, de traumatisme, de frayeur, et dans d'autres à genèse inconnue. Dans tous les cas, j'ai amélioré le malade; le plus souvent même, j'ai obtenu des guérisons, autant du moins qu'il m'est permis d'en juger jusqu'ici. (*Medical Times and Gazette*, mars.)

Voici les nouveaux faits cités à l'appui de cette assertion.

I. Enfant de sept ans, idiot, né de parents alcooliques, ayant des attaques depuis l'âge de vingt-deux mois. On en compte douze du 3 au 23 novembre. La ligature de la vertébrale gauche diminue les attaques sans les faire disparaître. On lie alors la droite le 27 décembre, et il ne présente plus d'attaque jusqu'au 23 janvier, jour de sa sortie. Son intelligence s'éclaircit d'une manière étonnante.

II. Fille de dix-sept ans, à l'asile de Dint-Mount, ayant

eu 289 accès en 1881. Deux mois après la ligature de la vertébrale droite, il ne s'était pas produit une seule attaque.

III. Garçon de dix-huit ans, dont les attaques ont commencé à quatorze en augmentant rapidement. Il en avait une chaque jour, lorsqu'il fut opéré de la vertébrale gauche. 13 accès y succédèrent en novembre. Ligature de la vertébrale droite le 8 décembre. Les accès disparaissent jusqu'au milieu de janvier, où quelques-uns, légers, se manifestent à propos de la mort de son père. Il n'en a plus eu depuis.

IV. Femme de trente-un ans; épilepsie héréditaire, donnant en moyenne 6 attaques par semaine. Le 18 janvier, la vertébrale droite est liée, et, jusqu'au 20 février, elle n'a que quatre attaques. Mais elle refuse de se laisser opérer à nouveau.

V. Femme de vingt-un ans, épileptique à huit ans, imbécile à onze ans, et ayant eu 582 attaques en 1881. Quinze jours après la ligature de la vertébrale, elle n'avait présenté que sept attaques. Ces faits restent donc à vérifier.

Traitement médical. C'est en combinant les agents thérapeutiques les plus usités dans l'épilepsie que le professeur Ball a recherché s'ils ne seraient pas plus efficaces par leur action simultanée que pris isolément. En voici les principales formules :

℞ Bromure d'ammonium............	} ãã	10 gr.
Bromure de sodium..		
Eau..............................		300 gr.

à prendre par cuillerées à bouche dans une tasse de tisane de valériane. On commence par quatre cuillerées par jour, en augmentant jusqu'à huit et dix, si le traitement n'est pas suivi d'effet au bout de quelques jours.

Ce sel double a l'avantage de ne pas produire, comme le bromure de potassium, de fréquentes éruptions cutanées, non plus que de la céphalalgie, de la somnolence et de l'abattement ; il paraîtrait, au contraire, dans certains cas, sortir les malades de leur torpeur, et les rendre plus actifs, plus éveillés.

℞ Extrait de belladone.............	} āā 1 gr.	
Oxyde de zinc....................		

F. S. A. 40 pilules.

Deux pilules par jour : une le matin et une le soir. Dans les cas rebelles, on peut augmenter jusqu'à quatre sans inconvénient. Chez les sujets congestifs, il faut employer comme adjuvants soit les purgatifs drastiques, la saignée, soit les applications de sangsues aux tempes ou derrière l'oreille.

℞ Aloès socotrin.....................	1 gr.
Résine de scammonée............	} āā 0,50 centigr.
Résine de jalap...................	
Calomel............................	

F. S. A. 24 pilules. En prendre 6 tous les huit jours, 3 le matin en se levant, 3 vers le milieu de la journée.

Nitrite de sodium. L'introduction de ce nouveau remède, due au docteur Law, remonte à quelques mois à peine, que déjà plusieurs médecins des hôpitaux de Londres se sont empressés de l'employer avec des résultats différents. Son action est analogue à celle du nitrite d'amyle, mais plus lente et durable. De là le soin qui doit présider à sa pureté et à son usage. La dose journalière en a été portée graduellement de dix à vingt grains; celle de douze grains, divisée en trois parties et continuée pendant plusieurs mois, suffisant à en obtenir tous les effets chez les malades qui le tolèrent.

L'expérimentation la plus complète, quoique bien insuffisante, est celle du docteur Ralfe, à *London hospital*, sur 17 épileptiques du traitement externe, la plupart étant des enfants. 3 n'en ont éprouvé aucun effet et 4 une légère amélioration seulement. 9 en ont obtenu un éloignement très marqué des accès pendant un à deux mois, en restant sous l'action du traitement. Il ne s'agit donc pas de guérison. Mais il est remarquable que les épileptiques ayant été soumis préalablement au bromure de potassium, sans résultat, en ont éprouvé les meilleurs effets. Ce nitrite en serait donc le succédané.

Il résulte de la discussion soulevée à propos de cette communication que, au lieu d'un spécifique, il s'agit tout

simplement d'un agent ayant une certaine action sur les accès épileptiformes symptomatiques et nocturnes surtout. Il remplace efficacement le bromure de potassium quand il est mal toléré ou inefficace. Mais il est resté sans action sur l'épilepsie idiopathique et chronique, d'après l'expérience du docteur Gowers. (*Roy. med. and chir. Society*, 28 novembre)

ÉRYSIPÈLE. *Propagation au tube digestif.* Une femme de trente-quatre ans, qui venait de soigner un érysipèle traumatique, en fut atteinte autour d'une pustule d'acné excoriée à la joue. Le sixième jour, après avoir parcouru le cuir chevelu et les oreilles, il se manifesta sur les deux lèvres et les narines. La langue, grosse et douloureuse, était sèche et noirâtre, avec empreinte des dents. La dysphagie indiqua bientôt l'extension au pharynx, suivie de nausées incessantes avec douleur épigastrique vive et diarrhée intense. Un état des plus graves mit ainsi la vie en danger pendant plusieurs jours.

Des lotions vinaigrées froides contre l'hyperthermie, du café glacé avec acétate d'ammoniaque à l'intérieur et des lavements phéniqués améliorèrent cet état; mais il survint alors une douleur très vive au pourtour de l'anus et toute la région périnéale, et un gonflement diffus ne tarda pas à se terminer par un abcès volumineux, qui fut suivi de la convalescence.

Une violente entérite, manifeste par le ballonnement excessif du ventre, des coliques sourdes, une diarrhée profuse et fétide, persistant pendant cinq jours et succédant à des nausées et des vomissements, sont, pour le docteur Rendu, des signes évidents de la propagation de l'érysipèle au tube digestif, surtout avec l'épiphénomène de la fin. (*France médicale.*)

Erysipèle médical. *Foyers multiples.* Une domestique de vingt-six ans, admise à la Charité pour des métrorrhagies soupçonnées de cause abortive, ayant été couchée sur un brancard placé près d'un érysipèle de la face, le contracta si bien qu'il se développa simultanément sur la muqueuse nasale et la muqueuse utérine.

Une péritonite purulente généralisée ou érysipélateuse résulta de celui-ci et amena la mort.

Suivant le docteur Cerné, ce développement de foyers multiples, évoluant isolément, est nouveau et non signalé jusqu'ici. A cette distance de la face et des parties génitales, la séparation est trop marquée pour n'être pas réelle sans doute. Mais, dans l'état grave où se trouvait cette femme et l'infection purulente existant dès le début, ce double développement n'a-t-il pu être provoqué par des causes différentes ? L'abondance des détails de ce fait autant que la prolixité des réflexions qui l'accompagnent ne permettent pas de saisir si cette cause a été simple ou multiple, et c'est là précisément le point essentiel à élucider. Si un simple bobo, une égratignure du nez suffit à développer l'érysipèle de la face dans certains cas, pourquoi une cause semblable n'aurait-elle pu exister simultanément avec la péritonite qui a provoqué celui de la vulve? (*Archiv. de médecine*, juin.)

Erysipèle chirurgical. *Récidive.* L'influence de l'érysipèle est assez grave sur la marche et les complications des plaies pour en tenir compte avant toute opération chez les individus prédisposés. Si, comme on l'a soutenu, un traumatisme quelconque en est toujours l'origine, comme une simple écorchure, une fissure ou un érythème, on doit y regarder à deux fois avant de s'exposer à le faire naître par une opération. M. Verneuil cite plusieurs cas où il s'est présenté jusqu'à trois fois consécutives chez le même opéré ; mais d'autres faits contradictoires sont opposés à cette interprétation qu'un premier érysipèle chirurgical prédispose à son apparition par une nouvelle opération. Il y a d'autant moins lieu de s'y arrêter dans un cas urgent que l'érysipèle guérit le plus souvent quand il ne règne pas à l'état épidémique, soit en ville, soit à l'hôpital. (*Soc. de chir.*, 1er février.) Voy. Prix Demarquay.

ESTOMAC. Sa position et ses mouvements ne seraient pas conformes à la description qui en est faite à l'état normal, suivant M. Lesshaft, professeur d'anatomie à

Saint-Pétersbourg. Après de minutieuses observations sur plus de douze cents cadavres, il n'est pas placé horizontalement dans l'abdomen, mais verticalement, son fond touchant le diaphragme. Sa plus petite courbure et le pylore sont à droite et la plus grande à gauche dans l'hypocondre. Le pylore est dans une ligne verticale correspondant au bord droit du sternum. Aucune partie ne peut ainsi se déplacer isolément lorsqu'il est distendu; elles changent toutes simultanément. La disposition de ses fibres musculaires dirige d'abord la pulpe alimentaire à son entrée vers le pylore, où elle peut se mêler avec les sucs gastriques, pour passer ensuite en arrière le long du centre de la cavité du fond, où la résistance est moindre. Ce mouvement des aliments est rendu possible par la forme de l'organe, et il est probable que c'est à ce mouvement que la forme particulière du fond est due. Il est absent, comme on sait, chez les nouveau-nés. Ainsi la forme de l'estomac détermine la longue rétention des aliments à l'intérieur pour les besoins de la digestion et leur passage lent à travers le pylore. Le côlon transverse, distendu par des gaz, peut s'élever à gauche jusqu'au quatrième espace intercostal et même atteindre la quatrième côte. Les anses de l'intestin grêle, également distendues, peuvent indifféremment pousser la partie inférieure en avant et lui donner une position plus oblique. Un estomac volumineux, rendu tel par une réplétion alimentaire abondante, maintient même sa position verticale avec le pylore dirigé un peu en haut et à droite.

Alimentation artificielle. Quelques inconvénients de l'emploi du tube de Faucher pour le gavage ont été observés par le docteur Ortille. Le lait, introduit par ce procédé, fut rejeté aussitôt par le vomissement. Il évita cet accident en introduisant seulement 5 à 6 centimètres du tube dans l'œsophage, au lieu de le faire descendre jusque dans l'estomac. L'ingurgitation est alors aussi facile, et, la résistance du cardia à l'acte du vomissement ne se trouvant pas annihilée par le tube, le vomissement n'a pas lieu.

Une jeune fille de treize ans, atteinte d'une chorée

violente, ayant commencé par un spasme de l'œsophage empêchant absolument l'enfant d'avaler, put ainsi être alimentée pendant trois semaines; tandis que, en laissant tomber le tube dans l'estomac, le lait refluait aussitôt par le nez et la bouche. (*Soc. de thérap.*, 22 mars.)

C'est surtout pour remédier à cet inconvénient que la sonde de M. Dujardin-Beaumetz a été imaginée. (Voy. Alimentation forcée.)

Ulcère simple. Voy. Ulcères.

Résection de l'estomac. Voy. Cancer du pylore.

Du lavage de l'estomac et ses indications, par le docteur Faucher, auteur de la sonde molle. Paris, 1881.

Traité du nettoiement des voies digestives et du lavage de l'estomac, par Victor Audhoui, médecin des hôpitaux. Un vol. in-12 de 216 pages. Paris, 1881.

Les éclatants succès obtenus depuis la découverte du tube mou de Faucher, pour le lavage mécanique de l'estomac, ont démontré les avantages positifs à en faire autant de tout l'appareil digestif. Le but d'actualité de cet opuscule est de signaler les diverses indications hygiéniques et médicales de ce nettoiement par haut et par bas, avec les différents moyens qui conviennent le mieux à cet effet. Ils sont tout simples. L'aloès, les grains de santé, la magnésie, les eaux purgatives, les douches rectales et les lavements sont particulièrement indiqués contre la constipation. En signalant les accidents et les maladies qu'elle détermine, des mesures encore plus simples sont prescrites pour la prévenir par le régime, les habitudes. Le remède se trouve partout à côté du mal.

Spontané ou provoqué, le nettoiement supérieur par le vomissement, pour être moins naturel, a de bien plus nombreuses indications. L'indigestion, l'état gastrique, l'anorexie, la dyspepsie le réclament. Passant en revue ces divers états, l'auteur trouve moyen de faire une utile digression sur l'alimentation, le pain et le bouillon notamment, pour prévenir et combattre efficacement ces accidents par les boissons gazeuses, acidules et d'au-

tres remèdes aussi simples. Ce n'est que par la dilatation chronique de l'estomac qu'il arrive au lavage, dont il décrit amplement le mécanisme et les effets par sa sonde à double courant. Des observations en justifient les résultats satisfaisants, surtout avec l'eau de Châtel-Guyon, dont ce petit livre jaune semble la réclame.

C'est donc là comme un petit manuel de santé de l'estomac. Il peut servir aux médecins, mais il serait surtout utile et profitable aux gens du monde, par les conseils judicieux qu'il contient.

EXANTHÈMES THÉRAPEUTIQUES. Les exemples d'efflorescence cutanée ou d'éruptions diverses, provoquées par des médicaments, ne sont pas rares; mais leurs variétés doivent être connues pour éviter les méprises, non seulement d'après les médicaments administrés, mais l'idiosyncrasie même des individus. La forme de ces éruptions, suivant le docteur E. Besnier, tiendrait même davantage à l'individu qu'à la nature du médicament.

Iodure de potassium. Il fait naître par son usage prolongé, chez la majorité des sujets, une éruption papuleuse ou pustuleuse dite acné, à peu près identique, sauf l'intensité et la confluence. Il peut cependant produire aux mêmes doses de l'érythème simple, ortié, œdémateux, toutes les variétés d'acné, comme l'anthracoïde géante simulant l'éruption bromique grave, des éruptions bulleuses, du purpura. Et toujours la même éruption se reproduira chez la même personne avec ce médicament.

Toutes ces diverses éruptions, loin d'être absolument propres à l'iodure, peuvent également être déterminées par les bromures, les mercuriaux, les sels de quinine, de morphine, d'atropine, suivant l'intolérance particulière des sujets aux diverses périodes de leur âge.

La pathogénie de ces éruptions semble aussi différente. Dans l'acné iodo-potassique ordinaire, elle semble due à l'élimination du médicament absorbé et à l'irritation directe des points atteints de la peau. Dans les cas plus

graves, au contraire, le système nerveux semble intervenir par une action réflexe, dont le point de départ est dans les voies digestives. A l'appui de cette interprétation, les injections hypodermiques de ce médicament n'amènent pas les mêmes accidents. Chez une malade à qui un demi-gramme d'iodure de potassium pris par la voie digestive produisait une urticaire extrêmement prurigineuse, M. Besnier a pu injecter la même dose du médicament au centre de gommes syphilitiques, sans donner lieu à ce phénomène. Il y a là une voie nouvelle ouverte à la thérapeutique et à l'expérimentation, dont l'intérêt serait grand au point de vue pratique.

Une femme syphilitique, soumise à l'iodure, fut atteinte à trois reprises différentes d'érythème, avec prurit, accompagné de la production de grosses bulles transparentes, siégeant principalement sur le cou, la poitrine et les bras. L'éruption se faisait chaque fois qu'on suspendait le médicament et se reproduisait après quelques jours, aussitôt qu'on le reprenait, même à la dose infime de 10 centigrammes par jour.

Chez un autre malade, l'usage de l'iodure amena sur la face et le haut du thorax une grande quantité de tumeurs variant du volume d'un pois ordinaire à celui d'un pois chiche, d'un rouge cuivré, mollasses, presque fongueuses, et présentant des lacunes ponctuées, analogues à celles du furoncle anthracoïde. Cette éruption, appelée acné anthracoïde iodopotassique, ressemble à certaines formes apparaissant parfois chez les épileptiques saturés de bromure de potassium. La suppression immédiate du médicament, l'application de glycérolé de tannin, amenèrent l'arrêt de l'éruption d'abord, puis son affaissement au bout de deux semaines environ.

Ces faits peuvent être rapprochés de deux cas d'éruption pemphigoïde observés par M. Hallopeau consécutivement à l'emploi de l'iodure de potassium. Le premier était une enfant de quatre ans, soumise à une solution de raifort iodé. Elle présenta une éruption bulleuse singulière. Plusieurs de ces bulles grisâtres, à contenu concret, avaient jusqu'à 4 centimètres de diamètre. Aucun phénomène général n'apparut, et l'éruption dis-

parut sans laisser de traces. Le dessin d'une éruption semblable, vu à Londres, put seul éclairer sur sa nature. Une autre malade, ayant présenté une éruption analogue, sous l'influence du même traitement, en fut la confirmation. 18 autres faits de pemphigus chronique ont d'ailleurs été publiés depuis dix ans. Telle est l'intolérance du docteur Rathery pour le salicylate de soude qu'une éruption pemphigoïde est apparue sur ses mains et d'autres parties du corps, chaque fois qu'il en a pris. (*Soc. méd. des hôpitaux.*)

Cette affection n'est donc pas très rare, et l'erreur sur sa nature est d'autant plus facile que cette éruption n'est pas accompagnée le plus souvent des symptômes habituels de l'iodisme. De là le danger de continuer la médication. (*Ann. de dermatologie.*)

Atropine. Un soldat, revenant de Tunisie, affaibli par une diarrhée séreuse abondante, était si profondément anémié, que des sueurs profuses l'incommodaient la nuit durant les chaleurs torrides. Le docteur Couyba ordonna 1/2 milligramme de sulfate d'atropine matin et soir. A la troisième pilule, un érythème scarlatinoïde apparut sur toute la peau de la région antérieure du thorax et sur la face antérieure de l'avant-bras, des deux côtés symétriquement, le tout accompagné de démangeaisons vives, sans rien présenter ailleurs.

Le malade n'avait ni dilatation pupillaire ni sécheresse de la gorge. Les sueurs avaient été à peine influencées. Le traitement fut cessé aussitôt.

Une femme, ayant été soumise à des frictions locales avec l'onguent gris belladoné (4 gr. pour 30) sur un ganglion douloureux et gonflé de l'aine droite, constata dès la troisième friction une rougeur érythémateuse très vive au pli de l'aine avec de nombreuses petites vésicules miliaires purulentes. Elle eut aussi une éruption discrète généralisée de petites papules ferrugineuses, avec *quelques plaques à fond rouge* disséminées en petit nombre sur les membres supérieurs, simultanément avec salivation et goût métallique, gingivite et diarrhée assez abondante.

Il ne paraît pas douteux que, dans ce cas, à l'hydrar-

gyrisme si manifeste de la muqueuse des voies diges-tives, se joignait une éruption cutanée mixte, due à l'action combinée de la belladone et du mercure, le premier agent se manifestant par des plaques rouges, le second par de petites papules ayant ou non une vésicule miliaire à leur sommet.

Ces faits démontrent d'une part la sensibilité spéciale de certains sujets, et de l'autre, chez cette femme, en dehors de la puissance d'absorption de l'appareil glandulaire cutané, en un de ses points d'élection, l'aine, la possibilité d'une éruption mixte dans certaines associations médicamenteuses. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

EXERCICE. Les six Facultés de médecine ont délivré, pendant l'année scolaire 1880-1881, 621 diplômes de doctorat, ainsi répartis dans chacune d'elles :

Faculté de médecine de Paris	461
— de Montpellier	66
— de Lyon	44
— de Nancy	19
— de Bordeaux	18
— de Lille	13

Consultations avec les homœopathes. Le scandale professionnel provoqué l'année dernière en Angleterre, par la rencontre en consultation du docteur Quain avec un célèbre homœopathe au lit de mort du premier ministre (Voy. *année* 1881), vient d'avoir sa solution. Après les opinions contradictoires formulées à ce sujet au dernier meeting de la *British medical Association*, qui représente la majorité des praticiens du Royaume-Uni, la question ne pouvait rester dans ces termes vagues et conciliants. Il appartenait au premier corps médical indépendant, le Collège royal des médecins anglais, qui fait subir les examens et confère les grades, de se prononcer catégoriquement, pour l'honneur même de son président, sir W. Jenner, qui avait refusé cette consultation, malgré la demande de sa souveraine cliente. Sur la motion du docteur Wilks, la résolution suivante a été votée à l'unanimité d'environ cinquante membres présents des plus illustres, le docteur Quain étant du nombre :

« Considérant comme désirable d'exprimer son avis sur l'emploi ou l'acceptation, par les membres de la profession, de titres impliquant l'adoption d'une méthode particulière ou spéciale de traitement ;

« Considérant que ces désignations sont en opposition avec les principes de liberté et de dignité de la profession qui doivent régler les rapports de ses membres entre eux et le public,

« Le Collège espère et attend de tous ses fellows, membres et licenciés, qu'ils soutiendront ces principes en répudiant ceux qui exercent en vertu de ces désignations spéciales. » (*Lancet*, 7 janvier.)

C'est donc la condamnation, la flétrissure comme charlatans de tous ceux qui s'intitulent homœopathes, électriciens, végétariens et autres désignations exclusives, en vue d'attirer spécialement l'attention du public et spéculer sur son ignorance et sa faiblesse.

F

FIBROMES. Fibromes utérins. Ils se rencontrent avec l'inversion de la matrice. Un exemple en a été observé chez une femme âgée, ayant eu, au moment de la ménopause, des métrorrhagies abondantes. Dans un effort, une tumeur volumineuse sortit par la vulve, sans pouvoir être réduite. D'une largeur totale de 20 centimètres, elle présentait deux portions distinctes, séparées par un étranglement annulaire. La portion inférieure, plus volumineuse, un peu bosselée et irrégulière, était un corps fibreux, faisant saillie à la vulve. La portion supérieure, lisse et cylindrique, était formée par l'utérus et le vagin.

L'ablation du corps fibreux détermina la mort le soir même, car l'utérus avait été ouvert. Dans un cas à peu près semblable, la limite entre le fibrome et le tissu utérin étant difficile à reconnaître, M. Tillaux n'endormit pas la malade et rechercha, sur les différents points de la tumeur, la sensibilité caractéristique du tissu utérin, afin de l'éviter. La section fut faite au bistouri et permit de réduire la tumeur ensuite. Une guérison très

rapide couronna cette opération délicate. (*Soc. de chir.*, avril.)

Un cas plus curieux s'est présenté à M. Le Fort, en 1872, à Lariboisière. Une femme très malade offrait une tumeur très volumineuse à la vulve, avec rides du vagin, sans cul-de-sac au toucher. On crut à une tumeur fibreuse, ayant invaginé l'utérus et le vagin. Une incision au thermo-cautère décela la nature fibreuse de la tumeur, qui fut énucléée. Puis ligature et section de la portion excédante de l'utérus avec le thermo-cautère. Mort quarante-huit heures ensuite.

L'autopsie montra l'utérus, que l'on croyait enlevé, en place et à peu près intact. La tumeur fibreuse s'était développée sur le col et en avait déterminé un allongement considérable. Quelle bévue !

Énucléation. Aux divers procédés et instruments préconisés à l'Académie de médecine (Voy. *année* 1881), M. Dezanneau (d'Angers) ajoute l'énucléation, comme spécialement applicable aux tumeurs fibreuses, sessiles, faisant saillie dans l'utérus ou le vagin, chez des femmes anémiées, dont la vie est en danger. Il se sert du doigt de préférence, sinon d'une curette, en agissant toujours dans le sens de la tumeur plutôt que de la paroi utérine. La sensibilité de celle-ci, contrairement à celle-là, est le meilleur guide distinctif. Après avoir attiré le corps fibreux avec des pinces et divisé la coque fibreuse, il détruit les adhérences avec l'ongle, en s'aidant de la traction et de la torsion à la fois. Il relate cinq succès de ce procédé, le premier pour une tumeur mesurant 16 centimètres de long sur 30 de circonférence, adhérente par la plus grande partie de cette étendue à la paroi utérine. La malade guérit.

Après des pertes sanguines fréquentes chez une femme de quarante-quatre ans, une tumeur énorme de 900 grammes fut coupée par tranches avec des ciseaux, puis décollée avec le doigt.

La troisième avait le volume d'une tête de fœtus, sans pédicule, chez une femme de trente ans. Les tractions combinées au décollement amenèrent la guérison.

Un fibrome de 12 centimètres de long adhérait à la

paroi postérieure de la matrice, chez une malade de trente-cinq ans. La torsion et le décollement en amenèrent l'avulsion.

Le dernier cas est moins concluant, car l'opération ne put être terminée. Le reste du fibrome ne s'atrophia lentement qu'après un abcès pelvien.

Ces succès n'ont pas convaincu les membres de la Société de chirurgie, qui ont fait de sérieuses objections à ce procédé sur le danger de produire des lésions de la matrice par les tractions et la torsion surtout. Si l'énucléation peut convenir dans certains cas, elle ne constitue pas une méthode générale. Le danger seul de produire des hémorrhagies ne suffit pas à son indication. (*Soc. de chir.*, 11 janvier.)

Laparotomie. C'est par la voie abdominale que le docteur Bantock excise ces fibromes. Cinq cas en ont été opérés par lui en sept mois, dont le poids variait d'une à douze livres. Les uns étaient récents et d'autres anciens. Une ménorrhagie assez grave pour entraîner l'anémie se présenta dans un cas. Le pédicule, amené au dehors et fixé dans l'angle inférieur de la plaie avec le serre-nœud de Kœberlé, est retenu avec quatre épingles traversant le moignon. Sur 8 cas traités de cette manière, tous ont guéri, tandis que dans 4, où le pédicule avait été laissé à l'intérieur, la mort s'en est suivie. (*Obstetrical Soc. of London*, 1er mars.)

L'un de ces fibromes, pesant 6 livres et envahissant le corps de l'utérus et les deux ovaires, a été enlevé par la même voie par Meredith. Le serre-nœud de Kœberlé étant appliqué au-dessus du col et deux épingles en croix traversant le moignon, le surplus fut réséqué au-dessus, comme dans l'opération de Porro. L'ovaire droit était fibreux et doublé de volume. Le moignon fut fixé à la partie inférieure de la plaie. C'est, d'après M. Knowsley Thornton, le seul traitement applicable à ces cas, car l'utérus contient toujours de la matière septique, qui se répandrait dans le péritoine s'il était ouvert. Il est alors prudent de suturer le péritoine au-dessus du moignon. (*Idem*, 5 avril.)

De la thrombose veineuse dans les tumeurs fibreuses de l'utérus. Thèse inaugurale, par le docteur Bastard; Paris, 1882. Quatorze observations de cet accident redoutable sont réunies, se manifestant le plus souvent dans le membre inférieur gauche, en raison de la compression exercée sur les veines iliaques par la tumeur.

Hystérectomie. Un succès en a été obtenu par A. Clark à l'hôpital Middlesex, le 29 septembre dernier, chez une Polonaise de quarante-deux ans, mariée, sans grossesse, et avec absence de menstruation pendant dix ans consécutifs. Elle portait une tumeur dure, qui fut prise pour un kyste de l'ovaire. La ponction ne donna pas de liquide et l'on découvrit un fibrome de l'utérus, qui fut ainsi enlevé avec ses dépendanees. Cette femme quitta l'hôpital parfaitement guérie. (*Lancet*, 15 juillet.)

Mais il en fut tout autrement de l'opérée de M. Golding Bird, âgée de trente-sept ans, atteinte d'un fibrome développé sur la lèvre antérieure du col et qui s'était élevé entre l'utérus et la vessie, en adhérant intimement avec eelle-ei. Cette tumeur avait le volume d'un utérus à six mois de grossesse, et les deux ovaires, en dégénérescence kystique, formaient des grosseurs appréciables à travers les parois abdominales et qui semblaient des bosses de la tumeur principale. L'utérus et les ovaires furent ainsi enlevés après la tumeur. Des vomissements ineoercibles s'étant déelarés le second jour, l'opérée succomba le quatrième à une péritonite pelvienne. L'effusion de huit *ounces* de sérum sanguin, trouvés à l'autopsie, peut bien avoir déterminé cette péritonite par la suture du col et une ouverture fistuleuse faite à la vessie.

D'aecord avec la Société de chirurgie, K. Thornton a blamé l'emploi d'une si redoutable opération, que ne justifiaient ni la santé de la femme, ni sa menstruation excessive, ni le volume de la tumeur. Les autorités ont établi comme une règle de ne la pratiquer contre les fibromes que si la vie était en danger par les hémorrhagies, le volume excessif de la tumeur ou d'autres causes analogues. Il a plaidé lui-même pour l'avenir de cette opération; mais de récentes observations et l'expérience l'ont fait modifier ses idées à eet égard. L'emploi du

serre-nœud en Angleterre et la ligature élastique en Allemagne ont été très encourageants. Mais elle n'en reste pas moins encore très dangereuse et formidable. L'état spécial des ovaires indiquait de tenter seulement leur ablation dans ce cas, comme l'a recommandé Lawson Tait contre les fibromes en particulier. Cette ampu-tation partielle s'est montrée beaucoup plus sûre et efficace que l'hystérectomie, comme il l'a corroboré lui-même en la pratiquant dans quatre cas de fibromes sous-péritonéaux, muraux et fibrocystiques. Tous ont été suivis de succès avec diminution, atrophie consécutive des fibromes et résorption complète, après un intervalle de cinq mois à un an.

Longtemps, M. Thornton a douté de cette absorption des fibromes utérins par la simple résection des ovaires; mais il s'est ainsi convaincu de la réalité. Non que l'état kystique des ovaires détermine les fibromes, comme l'enseigne L. Tait; leur coïncidence est trop rare pour admettre cette interprétation. Il n'attribue donc pas la disparition de ceux-ci à la simple ablation de ceux-là, mais à l'altération considérable ou plutôt la diminution de la circulation utérine résultant de la ligature des vaisseaux dilatés des ovaires et des trompes. C'est la seule interprétation thérapeutique à donner à ce résultat. L'hystérectomie n'est donc pas justifiée sans l'essai préalable, plus sûr et moins dangereux, de l'ovariotomie simple, n'entraînant pas une hémorrhagie incoercible, comme la première, ainsi qu'il l'a éprouvé dans certains cas. (*Clinical Society*, 10 novembre.)

Ovariectomie. Les heureux résultats qu'en a obtenus M. K. Thornton l'ont incité à aller les promulguer devant les gynécologistes américains, réunis en assemblée annuelle. Il en limite bien entendu l'application aux fibromes, lesquels, sans être fatalement mortels, provoquent un ensemble d'accidents et de souffrances qui rendent la vie insupportable et réclament une opération pour y remédier. Or l'hystérectomie n'a donné en Europe que 131 guérisons sur 231 opérations, faites par dix chirurgiens, soit une mortalité de plus de 40 0/0. Celle de la simple ovariectomie n'est au contraire que de 22,72. La statis-

tique de Battey donnait 14 morts sur 46 cas, et 60 opérées depuis, par lui et deux autres chirurgiens, n'ont donné que 5 décès ; ses 8 opérées ayant toutes guéri avec atrophie des fibromes, retour de l'utérus à son volume normal, avec absence de la menstruation. Il recommande donc de substituer celle-ci à celle-là, comme plus simple, plus sûre et plus efficace.

Cette opération ne consiste pas seulement dans l'excision totale ou partielle des ovaires, mais dans la ligature en masse de tous les vaisseaux latéraux du ligament large. Aussitôt le cours du sang arrêté par cette transfixion des tissus et leur ligature serrée, trompes et ovaires sont excisés des deux côtés, lors même qu'un seul serait altéré. L'hémostase des artères dilatées est ici plus facile que celle de l'utérus. Toutes les tumeurs fibreuses laissées en place après cette excision ont disparu durant l'année suivante. La méthode antiseptique est de rigueur pour cette laparotomie sus-vaginale.

Peu d'objections ont été faites à ce procédé, sinon que la traction sur l'ovaire produit un shock spécial, avec chute du pouls, observé par le docteur Goodell, comme dans la traction du cordon spermatique. Ce n'est donc là qu'un impédiment facile à éviter, et l'on peut prévoir que cette nouvelle opération sera bientôt érigée en méthode générale sur les deux hémisphères contre les fibromes utérins. (*Amer. gynecological Society*, septembre, et *Boston med. and surg. journal*, n° 13.)

Tumeurs fibreuses prepartum. Voy. ACCOUCHEMENTS.

Fibrome de la vessie. *Excision par l'urèthre.* Un homme de vingt-neuf ans, ayant eu la gravelle et lithotritié à deux reprises, à cinq mois d'intervalle, en 1880, par sir H. Thompson, n'ayant éprouvé que peu de soulagement de la dernière opération, fut soumis le 6 novembre à la taille médiane par l'incision périnéale de l'urèthre, en vue d'explorer la vessie. Il y rencontra en effet une tumeur grosse comme une noisette, située au fond et un peu à gauche, imprégnée de matières phosphatiques et formant évidemment le corps étranger fixe, saisi avec l'instrument dans la dernière lithotritie. Pris en plein dans son pédicule avec des pinces et tordu sans

difficulté, les débris en furent extraits. Saignement modéré; l'examen histologique a montré que c'était un simple fibrome.

Aucune complication ne suivit cette torsion et l'opéré guérit rapidement sans avoir présenté depuis quinze mois environ aucun trouble urinaire. D'où l'avis par le célèbre spécialiste de s'éclairer, dans les cas d'hématurie inexplicable, par une incision exploratrice semblable dans la portion membraneuse de l'urèthre.

Une longue discussion s'en est suivie sur l'opportunité de cette incision exploratrice aux différents âges et avec les diverses lésions qui peuvent se rencontrer. D'où la conclusion qu'elle ne doit pas être adoptée comme règle générale, mais seulement dans certains cas déterminés. (*Royal med. and chir. Society*, 11 avril.)

FIÈVRES. Ce titre générique n'est conservé ici que pour satisfaire à l'usage, car il s'agit presque exclusivement de la fièvre typhoïde, dont la lésion est parfaitement localisée. Sauf la fièvre intermittente et la fièvre jaune, dont le siège n'a pu être encore distinctement fixé, ce titre, qui s'appliquait, du temps de Sauvage, aux deux tiers de la pathologie, n'a plus d'acception rigoureuse que pour les fièvres continues. C'est donc par complaisance ou habitude que l'on dit encore fièvre puerpérale, fièvre typhoïde, fièvre scarlatine, car on dit au contraire rhumatisme articulaire et non plus fièvre rhumatismale. On pourrait donc dire aussi bien dothiénentérie ou typhus intestinal, pour exprimer la nature infectieuse et épidémique de la fièvre typhoïde, comme elle a sévi encore cette année sur la population parisienne.

Fièvre typhoïde. Loin d'avoir subi la rémission printanière habituelle, époque de son hypogée, comme les années précédentes (Voy. *année* 1880), une exacerbation marquée a eu lieu en juin; le nombre des admissions dans les hôpitaux a doublé, en s'élevant au chiffre de 452, au lieu de 221 l'année précédente, et les décès, de 48, se sont élevés à 100 et à 192 en ville, au lieu de 97 à la fin du deuxième trimestre de 1881. C'en était assez de ce lugubre avertissement pour que

l'administration municipale et l'assistance publique fissent dès lors tous leurs efforts pour rechercher les causes de cette épidémie et s'apprêter à en conjurer les effets par des mesures sanitaires. Il a fallu une augmentation hebdomadaire progressive des invasions et des décès en août et en septembre, s'élevant au chiffre épouvantable de 801 en octobre, et 2 684 admissions, pour que, devant le cri général et l'encombrement des typhiques dans les hôpitaux, elles recourussent à ces mesures urgentes. C'est toujours la main forcée que les administrations de l'Etat, où il n'y a pas de responsabilité directe, s'émeuvent devant un fléau public, alors qu'il a déterminé tous ses désastres. C'est lors de la décroissance de l'épidémie, en novembre, que tous les secours ont afflué. Un grand nombre de lits supplémentaires dans les hôpitaux ont été créés par des baraquements et deviendront inutiles par les admissions hebdomadaires, déjà réduites à 341 au commencement de novembre, tandis qu'elles s'élevaient à 1 001 dans la semaine correspondante d'octobre.

Aucune cause positive n'a pourtant été découverte, sinon l'élévation brusque de la température et la sécheresse en résultant en juin. On a tour à tour accusé les égouts, l'encombrement, les casernes, la malpropreté, les vents, les eaux, à mesure que l'on constatait ces influences nocives ici et là, sans pouvoir préciser une cause générale autre que l'infection et la contamination. Le caractère relativement bénin de l'épidémie, bien constaté aujourd'hui, a heureusement épargné la plupart des victimes.

Organismes du sang. Une seringue hypodermique, passée préalablement au feu, ayant été introduite, suivant le procédé du docteur Sciamano, à travers les parois abdominales, dans la substance splénique, par le docteur Maragliano, de Gênes, chez 16 typhiques, lui a fait découvrir dans le sang, ainsi extrait pendant la vie, les mêmes organismes trouvés par Sokoloff et Fischel après la mort. De même que dans le sang de la circulation générale puisé par une piqûre au doigt, il a constaté à l'acmé de la maladie des micro-organismes isolés et groupés,

formant des corps sphériques homogènes et bien délimités, analogues aux micrococci et dont quelques-uns sont mobiles. Ils sont en moins grand nombre durant la convalescence, et l'usage du sulfate de quinine à haute dose les fait disparaître, sinon diminuer notablement, dans l'un et l'autre sang à la fois. Mis en culture, ces organismes se sont reproduits identiques à eux-mêmes et en grand nombre. (*Centralbl. für die med. Wissensch.*)

Sans prouver l'origine parasitaire de la fièvre typhoïde, cette nouvelle découverte tend donc de plus en plus à la démontrer. Que l'on parvienne à la produire par l'inoculation directe de ces organismes, comme le charbon chez les animaux, et sa nature parasitaire sera incontestable.

Origine par les eaux potables. Une épidémie à Auxerre au mois de septembre dernier, alors qu'elle sévissait déjà à Paris, semble avoir mis cette étiologie hors de doute. Quand l'attention médicale était exclusivement préoccupée de la contagion, on en eût peut-être trouvé la trace dans la malencontreuse immigration de quelque Parisien dans cette ville; aujourd'hui qu'elle est portée sur l'infection par les micro-organismes, on en accuse surtout les matières excrémentitielles. On jugera de la valeur de cette interprétation par les faits.

La fièvre typhoïde est assez rare dans cette ville de 16 000 habitants pour que 2 décès en aient été signalés en 1881; mais 7 avaient déjà été enregistrés en 1882, dont 3 en août, lorsqu'en septembre une épidémie éclate, qui en détermine 30 durant ce mois et 62 dans les six semaines suivantes, sur un nombre de 800 personnes atteintes environ.

On l'attribua aux tranchées pratiquées dans tous les sens depuis dix mois pour l'établissement des conduites de gaz et de l'eau de l'Yonne dans toute la ville, ces eaux ayant commencé à en alimenter les fontaines publiques le 8 septembre. Mais, tandis que les tranchées avaient été faites dans toutes les directions, comme la distribution des égouts, l'épidémie se localisait dans certains quartiers de l'ancienne enceinte, alors que d'autres restaient indemnes, surtout dans les faubourgs. L'asile d'aliénés et la nouvelle caserne qui y sont situés furent ainsi épargnés.

Ces deux établissements étant alimentés par deux petites sources spéciales, l'attention du docteur Dionis des Carrières fut dès lors attirée sur les eaux potables, lorsqu'il apprit de l'un de ses confrères que, dès le mois d'août, des cas de fièvre typhoïde s'étaient manifestés à Valan et d'autres villages environnants. Or c'est à Valan que se trouve la source qui fournit depuis le 8 septembre toutes les eaux potables d'Auxerre. Elle sort de terre sous une grotte, dans une cour commune entourée de bâtiments de ferme, avec un tas de fumier au milieu, à deux mètres seulement de la source, placée en contrebas. Une femme de vingt ans, habitant cette cour, avait éprouvé une fièvre typhoïde grave, avec diarrhée si abondante, du 15 au 24 août, que 8 à 15 selles en résultaient chaque jour, dont la totalité avait été déversée sur le fumier. Elles avaient ainsi pu s'infiltrer jusqu'au griffon qui capte les eaux, d'autant plus que le sol est formé d'un calcaire portlandien fendillé et très perméable. De là l'infection des eaux conduites à Auxerre, comme une expérience directe l'a démontré. De l'eau colorée avec de l'aniline, versée sur le fumier, ne tardait pas en effet à colorer en violet, quelques minutes après, une petite source contiguë au griffon.

D'autres preuves directes confirmaient d'ailleurs cette infection des eaux. Un grand nombre de soldats dans l'ancienne caserne ont été atteints, tandis que ceux habitant la nouvelle, alimentée ainsi que l'asile d'aliénés par une source spéciale, ont été épargnés. La prison située dans l'intervalle, mais alimentée par la source de Valan, a eu 14 typhiques. Pas un seul cas au contraire dans les faubourgs, dont les eaux potables proviennent d'anciens puits ; une petite fille seule, qui se rendait chaque jour en ville chez son père, a été atteinte, en buvant de l'eau de Valan. 60 habitants des maisons voisines d'un puits qui se trouve dans une rue de la ville et qui s'y fournissent d'eau ont été complètement épargnés, tandis que le reste du quartier, alimenté par des bornes-fontaines de l'eau commune, a été très maltraité. 6 autres familles, s'étant servies exclusivement de l'eau d'un puits situé dans une cour, ont de même été épargnées, ainsi qu'un orphelinat pauvre, où se trouvent 68 enfants et 14 reli-

gieuses, alimenté par un puits, alors qu'un autre couvent de 37 religieuses, séparé par un simple mur du précédent, mais alimenté par l'eau commune de la ville, a eu 7 typhiques, dont 1 décès. Tous ces faits paraissent donc concluants et démonstratifs de l'infection de ces eaux. Si ce n'est que l'épidémie avait évidemment débuté avant le 8 septembre, date de la distribution des eaux de la source de Valan. C'est la seule objection que l'on ait oublié de faire à cette interprétation, mais elle est capitale. (*Soc. méd. des hôpit.*, décembre.)

Forme cardiaque. Elle est spécialement distinguée par le professeur Bernheim (de Nancy), malgré son extrême rareté, car il n'en a observé que 6 cas sur 250 typhiques. Elle se montre dès le début de la fièvre par un pouls petit, fréquent, dépressible, c'est-à-dire une accélération du rhythme, sans aucune altération organique appréciable, ni élévation proportionnelle de la température. L'affaiblissement cardiaque se maintient ainsi, et le malade succombe.

L'action du poison typhique sur les centres moteurs du cœur est-elle la cause de cette asystolie nerveuse? En tout cas, elle peut expliquer la pathogénie de certains faits de mort subite, quand la dégénérescence graisseuse n'existe pas pour déterminer une syncope fatale. (*Congrès de La Rochelle.*)

Muguet pharyngé. Cette complication, déjà observée à Rouen (Voy. *année* 1880), s'est offerte chez un certain nombre de victimes de l'épidémie actuelle. M. Damaschino l'a constatée chez deux malades, dont un est mort. Un plus grand nombre en a été observé par M. Duguet, même à l'arrivée des malades à l'hôpital, sans contagion possible. La dysphagie, des vomissements en sont les premiers indices. D'où l'utilité des badigeonnages ou des gargarismes avec une solution de bicarbonate de soude, aussi bien pour prévenir que pour guérir cette grave complication. L'usage de l'eau oxygénée ou d'une solution d'acide borique a aussi été suivi des meilleurs résultats. (*Soc. méd. des hôpitaux*, novembre.)

Étude sur les déterminations gastriques de la fièvre

typhoïde. Thèse inaugurale, par le docteur Anatole Chauffard, Paris 1882. L'autopsie faite dans le délai légal de vingt-quatre heures ne permettant pas de reconnaître les lésions réelles de l'estomac, l'auteur a obvié à cet impédiment en pratiquant des injections stomacales de bichromate de potasse ou d'alcool avec un tube œsophagien aussitôt après la mort. La muqueuse gastrique est ainsi fixée dans son état réel, et les lésions histologiques ont pu en être utilement étudiées par ce procédé, dû à M. Damaschino.

TRAITEMENT. Deux méthodes principales en forment la base, en s'adressant directement aux deux symptômes prédominants : l'hyperthermie et la septicémie consécutive. Contre les températures élevées, les bains froids, aujourd'hui abandonnés, ont eu la vogue, et la médication phéniquée les remplace, avec le sulfate de quinine. L'acide salicylique, comme la poudre de charbon, est surtout dirigé contre l'infectiosité des matières fécales et donné comme antiseptique. C'est dans leur emploi que consistent les principales innovations à l'ordre du jour, et c'est de leur examen qu'en ressortiront les avantages et les inconvénients.

Médication phéniquée. A qui devra-t-on en attribuer la priorité? En même temps que son emploi au Nord était rendu public, le 8 septembre 1880, par la lecture du professeur Desplats à l'Académie de médecine, l'essai s'en faisait au Midi par le docteur Ramonet, sur les typhisés de l'hôpital militaire de Boghar, comme les cahiers de visite du mois de juillet de cette même année en témoignent authentiquement. Il n'est pas surprenant que, l'attention générale étant fixée sur cet agent, plusieurs esprits aient eu simultanément l'idée d'en essayer l'action.

Depuis quinze ans, écrit le docteur Gallois, d'Alfort, à propos de cette question, j'emploie l'acide phénique en injections rectales, 10 à 12 gouttes de solution alcoolique le matin dans les cas bénins et renouvelé le soir dans les cas graves, sans en avoir jamais observé le moindre phénomène d'intoxication. Tout en admettant leur action an-

tipyrétique, ces lavements agissent surtout comme désinfectants. (*Journ. de méd. et chir. pratiq.*, novembre.)

Ce n'est pas d'ailleurs dans le même but. C'est surtout comme antiseptique ou antizymotique qu'il a été administré d'abord en Algérie, et ses bons effets n'ont pas tardé à se manifester. Sur 41 typhisés, dont 18 cas graves, 17 de moyenne intensité et 6 légers, traités, *dès le début*, par un, deux ou trois lavements de 1 gramme d'acide phénique, additionné de cinq à six gouttes de laudanum pour les faire mieux tolérer et garder plus longtemps, il y eut 39 guérisons et 2 décès, attribués au médicament même. La mortalité est donc de 4,9 pour 100, au lieu de celle de 21, fixée par L. Collin ; celle de Desplats étant de 19,4 et celle de Claudot de 11,6, proportion supérieure qui peut tenir, il faut le dire, aux hautes doses employées par ces derniers et à la période tardive de leur usage.

Le danger des hautes doses a été reconnu unanimement en effet et les accidents à en redouter, en se manifestant à la fin et pendant la convalescence, méritent surtout d'être signalés. C'est l'hypothermie exagérée. Elle reste inoffensive à 36° ; mais à 34°, signalée par Desplats, ne provoque-t-elle pas de périlleuses perturbations, au sein de l'organisme?

La congestion pulmonaire est bien plus redoutable et plus fréquente. Dix cas en ont été observés, et les deux décès, survenus en pleine convalescence, sont attribués à cette terrible complication. La marche en a été foudroyante : le premier malade a succombé en une heure, et le second en un quart d'heure, absolument comme dans les morts subites.

Cinq cas de polyurie et quatre d'albuminurie se sont heureusement terminés par la guérison. Mais ces hypérémies pulmonaires et rénales s'expliquent par les réactions qui succèdent aux dépressions thermiques, à l'action irritante ou aux lésions trophiques, dues au contact répété de l'acide avec les parenchymes des poumons et des reins, qui en sont les deux principales voies d'élimination.

La cachexie phéniquée, jusqu'ici négligée et presque constante, est surtout à craindre. Elle se manifeste six à sept jours après le début de la médication, par une ex-

trême débilité, une pâleur cireuse, la décoloration des muqueuses, une émaciation rapide et considérable, un état profond d'anémie et même de leucocythémie. Elle se prolonge ainsi jusque dans la convalescence, qu'elle rend longue et pénible. Observée dans des cas fort bénins, elle ne peut être attribuée qu'aux sueurs journalières et à la destruction des globules, provoquée par le phénol diffusé. La couleur vert olive, foncée ou noirâtre, des urines, véritable hémoglobinurie, en est la conséquence.

L'action antiseptique de cette médication se démontre par les modifications rapides de la maladie dans ses manifestations et sa marche. La malignité de ses symptômes est bientôt remplacée par une bénignité et une placidité remarquable, tendant à la guérison après une durée relativement courte. Quelques jours de traitement phéniqué l'influencent si heureusement que les malades sont transformés en simples fébricitants sans l'aspect typhoïde. Rien de semblable ne se manifeste dans les autres affections fébriles hyperthermiques. Qu'il agisse en se diffusant, ou localement en désinfectant les matières fécales dans l'intestin, l'acide phénique semble être un antizymotique des plus puissants.

D'où l'indication d'atténuer les accidents presque inséparables de son emploi, par des doses rigoureusement limitées et l'usage des toniques, pour compenser les effets de la cachexie phéniquée. Telle est l'économie de cet excellent travail. (*Archiv. de médecine*, mai.)

Le docteur Desplats, se proclamant *proprio motu* l'auteur de la découverte de l'action antipyrétique des lavements phéniqués, a procédé tout autrement, en les donnant à haute dose contre l'hyperthermie dès que la température s'élève de 39 à 40°. Il en établit les bons effets par la statistique suivante des 85 cas où il a employé cette médication. Sur 32 cas bénins traités accidentellement par les lavements phéniqués pour abaisser la température, il n'y eut que 2 décès par perforation intestinale durant la convalescence. Dès 53 autres plus graves, il y eut 7 décès, 2 avant tout traitement et 5 après, dont 1 par congestion pulmonaire aiguë, 1 par mort subite, 2 par adynamie et 1 par ataxie, soit une mortalité de 9,8 0/0 dans ces cas graves. (*Bull. de thérap.* septembre.)

Une discussion soulevée à la Société médicale des hôpitaux a démontré plus d'inconvénients que d'avantages de cette médication. A la suite d'un seul lavement phéniqué, n'ayant pas été rendu, la température de 40 degrés tomba immédiatement à 36. (*Dujardin-Beaumetz.*) L'émission d'urines noires et des symptômes menaçants ont été observés deux à trois heures après ces lavements. (*Damaschino.*) La congestion pulmonaire est aussi plus fréquente chez les typhiques ainsi traités. Au lieu de la congestion et des bronchites simples, qui s'observaient autrefois, ce sont des broncho-pneumonies d'une grande intensité et très graves, se rencontrant de même chez les rhumatisants traités par les lavements phéniqués.

Des sueurs abondantes ont aussi été constatées. (*Gérin Roze.*) La convalescence s'est montrée très longue et très lente. (*Rathery.*) L'action de ces lavements est d'ailleurs très passagère. Deux heures après, la température reprend son niveau. (*Dreyfus Brisac.*) L'eau froide seule a paru produire le même effet. (*Ducastel.*) La conclusion est donc de les administrer très dilués dans de l'eau froide, afin de les faire rendre rapidement pour prévenir l'absorption de l'acide phénique. A la dose de 25 centigrammes seulement, le docteur Ferrand les a administrés dans trois cas de phthisie granuleuse, sans observer aucune complication des poumons atteints. (*Soc. méd. des hôp.*, juin.)

Toutes ces objections sont réduites à néant par M. Desplats, affirmant que les frissons résultant de l'abaissement de la température indiquent sa nouvelle ascension. Les urines noires sont le simple produit de l'élimination de l'acide phénique par le rein. Les sueurs enfin sont le moyen dont l'organisme se sert habituellement pour abaisser la température. C'était aussi simple que cela, sans que personne s'en doutât, et l'acide phénique est ainsi placé au-dessus de tout moyen antithermique; les accidents mis sur son compte étant attribués à la maladie. (*Bull. de thérap.*, septembre.)

Une solution saturée d'acide phénique ayant été administrée par erreur en lavements à deux typhiques de la salle Saint-Landry, à l'hôpital Lariboisière, service de M. Bouchard, des douleurs atroces en sont résultées

immédiatement dans le ventre avec abaissement de la température de 35 à 36°. Sueurs abondantes, pouls régulier, très faible; respiration précipitée, à 54, suivie d'un collapsus profond. C'est en faisant boire de l'eau en abondance, à l'aide du tube de Faucher, pour favoriser l'élimination de l'acide par les urines, et en pratiquant ensuite une injection sous-cutanée d'éther, que ces intoxiqués sortirent de leur stupeur, n'accusant plus de douleurs de ventre. La température remonte bientôt au-dessus de 36°, malgré des frissons et une sensation de froid, avec urines rares et noirâtres. Une infusion de café noir achève de conjurer les accidents, et trois jours après il n'y paraissait plus, malgré la haute dose d'acide phénique absorbée, soit environ 48 grammes. (*Revue de méd.*, septembre.)

A Lyon, où les bains froids sont surtout en vogue contre l'hyperthermie, les lavements phéniqués à la dose de 75 centigrammes dans 125 grammes d'eau, répétés deux à trois fois par jour, ont été administrés à 19 typhiques adultes, à l'hôpital de la Croix-Rousse, service de M. Laure.

Quatre malades seulement ont été exempts d'accidents; tous les autres ont éprouvé des phénomènes d'intoxication, consistant en congestion céphalique, céphalalgie intense, sueurs céphaliques, sueurs profuses pénibles, frissons, adynamie accompagnée de frissons, sueurs froides, collapsus. Dans un cas de convulsions hystéro-éclamptiformes, une malade est morte subitement au moment où l'on venait de lui administrer un lavement. Le traitement phéniqué dut être suspendu, par l'état de prostration extrême, d'insomnie absolue des femmes malades. Elles étaient très agitées, énervées, et les lavements provoquaient un état de collapsus très prononcé, avec sueurs froides, frissons, lipothymies. L'acide phénique en outre ne déterminait plus qu'un abaissement insignifiant, quelquefois même une élévation de la température (de 0°, 4 moyenne). Ces malades furent mises au bain, et leur état s'améliora promptement.

L'abaissement thermique produit par un lavement est égal à celui d'un bain froid à 20°, de dix minutes (en-

viron 1°,3); il est moins prompt avec l'acide phénique, dure un peu moins longtemps, s'accompagne de sueurs froides, de phénomènes de collapsus très pénibles qu'on n'observe jamais avec les bains; la durée des frissons est plus longue; l'état des malades sortant du bain froid paraît beaucoup moins pénible; ils sont moins adynamiques, et au lieu de souffrir de l'agitation, de l'insomnie que provoque souvent l'acide phénique, les typhoïdiques baignés sont calmes, somnolents.

Sans pouvoir en saisir la cause, ni la prévoir, l'action antithermique de l'acide phénique est très variable, suivant les idiosyncrasies, et, chez le même malade, d'un jour à l'autre.

La dose de 3 grammes par jour n'a jamais été dépassée; les accidents ont été provoqués par la dose de 1 gr. 50 en deux fois; dans les cas où celle-ci n'a pas modifié l'état des malades, on a échoué de même avec 2 gr. 25 ou 3 grammes.

L'acide phénique est inefficace dans les formes cérébrales, dangereux dans les formes pulmonaires et chez les gens âgés; de l'avis de beaucoup de médecins, l'albuminurie est également une contre-indication de son emploi; cependant il a été très effcace dans un cas grave de fièvre typhoïde à forme rénale, avec température très élevée. (*Lyon méd.*, nos 33 et 34.)

La plupart des médecins qui ont eu recours à l'acide phénique en ont été médiocrement satisfaits. L'auteur des lavements phéniqués fait seul exception.

Médication salicylée. C'est surtout comme antiseptique et en vue de neutraliser dans l'intestin les propriétés infectieuses des matières fécales que M. Vulpian a essayé l'action de divers médicaments dans son service à l'Hôtel-Dieu. Il s'agissait d'abord de trouver un médicament non toxique à dose élevée, et assez peu soluble pour atteindre l'extrémité inférieure de l'intestin grêle avant d'être absorbé. Mis en contact là avec les matières contenant peut-être le germe de la maladie, la désinfection des selles aurait été complète avant même que l'absorption n'eût lieu. L'iodoforme, le salicylate de bismuth, l'acide borique, expérimentés successivement, n'ont pas

donné le résultat cherché. L'acide salicylique pur, à la dose de 4 à 6 grammes par jour, paraît, au contraire, avoir bien réussi. On en donnait un paquet de 25 centigrammes dans du pain azyme, toutes les demi-heures. Ainsi administré, le médicament est parfaitement supporté; il a seulement donné lieu quelquefois à un peu de délire passager, chez quelques jeunes malades : effet du salicylisme cérébral. L'effet constant observé a été l'abaissement quelquefois considérable de la température, avec amélioration de l'état général. On peut conclure que, si l'acide salicylique n'enraye pas la maladie, il rend ses manifestations beaucoup moins graves, et cela surtout en abaissant la température.

Cet effet a été confirmé en interrompant et en reprenant alternativement l'usage de ce médicament. Son action se prolonge même pendant la convalescence, et, si c'est par ce mécanisme qu'il détruit le poison ou tue le microbe de la fièvre typhoïde, il serait facile de le donner comme préventif en temps d'épidémie, surtout dans les casernes et les grandes agglomérations. (*Acad. de méd.*, août.)

Iode. Il a été donné par le docteur Grinnell comme succédané de la quinine. 12 gouttes de teinture d'iode dans un demi-verre d'eau sucrée toutes les demi-heures remplaceraient la quinine, d'après ses effets dans les fièvres intermittentes. (*Canada med. journ.*)

Quinine. En reprenant la direction de son service à l'Hôtel-Dieu, M. Hérard trouva les nombreux typhiques soumis à un traitement uniforme de 3 à 4 grammes de sulfate de quinine par jour, institué par le docteur Joffroy, son remplaçant. Il le continua à la dose de 3 grammes, en trois cachets, dans les vingt-quatre heures, avec bouillon et limonade vineuse pour faciliter la dissolution et l'absorption du médicament. Il fut si bien supporté que ni douleurs d'estomac, ni vomissements, ni vertiges ou bourdonnements d'oreilles n'en résultèrent. Ce qui a fait dire aussitôt qu'il n'était pas absorbé. Sur les 6 malades ainsi traités, un seul est mort par ataxie.

Tous les autre moyens ordinaires, comme les purga-

tifs, les toniques, les lotions vinaigrées et les bains à 25°, ont d'ailleurs été administrés dans les formes légères. L'acide salicylique, de 3 à 6 grammes par jour, par doses de 50 centigr. à la fois, a provoqué des vomissements, mais en partageant avec la quinine une action antithermique bien manifeste. Le seigle ergoté a aussi été associé dans quelques cas aux précédents agents, contre la forme adynamique. Sur 28 malades soumis à ce traitement, un seul décès en est résulté, comme preuve de la bénignité de cette épidémie.

Une grave accusation a été portée par le professeur Hardy contre cette médication à aussi haute dose : c'est de causer la mort subite. Si la relation de cause à effet n'est pas démontrée, cette coïncidence mérite au moins d'être signalée à l'attention. On sait depuis longtemps que l'état fonctionnel du cœur et de la circulation est particulièrement influencé par la quinine. Ses hautes doses diminuent surtout la contraction du cœur tout en augmentant les pulsations. De là une tendance à son épuisement fonctionnel, son arrêt, sa syncope, d'autant plus faciles à se manifester dans la fièvre typhoïde qu'elle prédispose spécialement à ce résultat. (*Acad. de méd.*, novembre.)

Médication quino-salicylée. C'est une modification du traitement formulé par M. Hallopeau, qui en a obtenu de très bons résultats à l'hôpital, en employant le calomel au début. Le docteur Sorel, au contraire, débute par le sulfate de quinine, à la dose de 50 centigrammes jusqu'à 1 gr. 20, le matin, en une seule fois, et 2 à 4 grammes de salicylate de soude en solution, avalée par gorgées, dans le reste de la journée, comme antithermique. On en suspend l'usage la nuit. Si la température du soir est normale, malgré ces hautes doses, ces deux médicaments se complètent, et l'usage peut en être continué longtemps sans inconvénients.

Sur 97 typhiques traités ainsi en Algérie, sans négliger les complications ni le régime, composé principalement de lait, bouillon, vin de Bagnols, il n'y a pas eu de délire, de dyspnée marquée, peu d'épistaxis et deux fois seulement des hémorrhagies intestinales. Des sueurs abon-

dantes et une éruption copieuse de sudamina ont été notées comme l'effet du salicylate. La température en était surtout influencée par un abaissement régulier et graduel, résultant de l'horizontalité des courbes thermiques prises. Celles du matin et du soir sont ainsi égales, les minima se produisant invariablement le soir.

Cet effet thermique est moins sensible sur les grandes oscillations de la dernière période; mais, comme l'intensité fébrile n'a plus alors de danger, cette médication, par son action antipyrétique évidente et manifeste dès le second jour, même dans les cas graves et mortels, semble donc préférable à l'emploi de la digitale, des lavements phéniqués ou des bains froids, bien que sans effet appréciable sur la durée de la maladie. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 26 mai.)

Expectation armée. Il n'y a pas à compter exclusivement sur ces méthodes thérapeutiques nouvelles pour guérir plus sûrement les malades, d'après M. Dujardin-Beaumetz. Les accidents signalés par les hautes doses d'acide phénique et la nécessité de fractionner l'acide salicylique sont des preuves qu'ils n'agissent pas directement sur la maladie. Le sulfate de quinine même, dès qu'il ne manifeste aucun de ses effets ordinaires, comme les bourdonnements d'oreilles et la céphalalgie, à la dose de 3 à 4 grammes, ne peut être absorbé. Ces méthodes ont donc le danger d'agir toxiquement sur les voies digestives et d'empêcher l'assimilation des substances nutritives, si indispensable dans cette maladie pour maintenir la résistance organique. L'expectation armée, consistant à recourir à ces divers agents ou à d'autres succédanés contre la prédominance de certains symptômes, lui semble encore le meilleur traitement. Des soins hygiéniques, avec une grande propreté et l'aération, l'usage intermittent des laxatifs pour l'évacuation des matières intestinales et l'entretien des forces par des toniques reconstituants, lui paraissent encore les meilleures règles à suivre pour arriver au but.

En les mettant en pratique à l'hôpital, il n'a eu, grâce à la bénignité de l'épidémie actuelle, que 7 décès sur 97 cas. (*Acad. de méd.*, novembre.)

Seigle ergoté. Donné comme neurotique, surtout contre la prédominance des accidents adynamo-ataxiques, ce médicament a été administré par le docteur Duboué dans 36 cas de fièvre typhoïde, 11 très graves, 14 graves et 11 de moyenne gravité. La dose quotidienne a varié de 1 gr. 50 au double, en deux prises égales à une heure d'intervalle, ou en deux cachets de 0 gr. 25 toutes les deux heures. Ses effets les plus remarquables sont de faire tomber la fièvre et de calmer les accidents ataxiques. Il a souvent été employé pour cette cause après l'insuccès de l'eau froide et du sulfate de quinine. Deux décès en sont seulement résultés, proportion très minime comparée à la moyenne et qui indique son action bienfaisante. Elle est encore démontrée par 15 autres cas empruntés à différents médecins, n'ayant donné qu'un seul décès, soit 3 décès sur 51 ou 6 pour 100 environ. Cette efficacité serait due surtout, d'après l'auteur, à ce qu'il combat avantageusement l'asphyxie, élément principal dans la pathogénie de la fièvre typhoïde et qui en domine le pronostic. (*Acad. de méd.*, septembre.)

Ces bons effets ont été confirmés par le docteur Lardier dans une épidémie qui a sévi à Rambervilliers d'après les mêmes indications. Il en administrait 2 grammes en quatre fois par jour ou le remplaçait par l'ergotine. Sur 73 malades, il n'a eu que 9 décès dans des cas de gravité exceptionnelle. (*Gaz. hebdom.*, nº 50 1882 et nº 1 1883.)

Injections morphinées. Elles sont indiquées spécialement contre la syncope, dont la mort subite est le plus souvent la conséquence. Deux nouveaux cas, l'un observé par M. Blachez, chez une femme de trente-cinq ans, le 5 mars dernier, et l'autre par M. Huchard, chez un garçon de dix-neuf ans, le 11 décembre 1881, tous deux arrivés au douzième jour de la fièvre typhoïde, ont appelé l'attention à ce sujet. La mort subite n'ayant pu être attribuée ni à l'anémie cérébrale, ni à l'impuissance du cœur, M. Huchard croit devoir la rapporter à une altération du bulbe, bien qu'aucune investigation directe n'ait encore été dirigée de ce côté. Des altérations histologiques ont seulement été constatées par

divers auteurs dans la substance cérébrale. Mais la preuve indirecte s'en trouve dans deux observations de syncope très grave, survenue pendant la convalescence et heureusement conjurée par les injections morphinées par le docteur Blanquinque. (*Union méd. du Nord-Est*, 1878.)

L'action de la morphine sur les troubles de la circulation et de la respiration en en faisant un médicament bulbaire par excellence, il y a donc lieu d'y recourir en injections sous-cutanées, sans attendre la syncope, mais contre la faiblesse, l'abattement extrême du début, pour la prévenir plus sûrement, car la mort subite peut s'ensuivre, si l'on n'est là pour agir immédiatement. (*Gaz. hebdom.*, nos 24 et 27.)

Injections hypodermiques d'éther contre l'adynamie. Voy. INJECTIONS.

Pilocarpine contre la sécheresse de la bouche. Voy. PILOCARPINE.

Fièvres intermittentes. *Etiologie parasitaire.* Le microbe signalé par M. Laveran en 1880 est confirmé et précisé par le docteur Richard, attaché à l'hôpital de Philippeville, où abondent les fièvres palustres. Voici les caractères qu'il en donne :

Ce microbe a un habitat spécial, le globule rouge du sang, dans lequel il se développe comme un charançon dans une lentille et d'où il sort une fois qu'il est arrivé à l'état parfait. Lorsqu'on examine du sang d'un malade sous le coup des fièvres d'accès, on trouve des globules rouges ayant, dans leur épaisseur, une toute petite tache claire, parfaitement ronde. Ces globules ont, du reste, conservé toute l'apparence et toute l'élasticité des globules rouges normaux : ils sont simplement *piqués*. A côté de ces globules, il en existe d'autres, où l'évolution du microbe est plus avancée; la tache claire s'est agrandie, et elle est entourée comme d'une sertissure de fines granulations noires. Tout autour, l'hémoglobine, parfaitement reconnaissable à sa teinte jaune verdâtre, forme un anneau qui ira se rétrécisssant à mesure que le parasite augmentera lui-même de volume. Il arrive un

moment où il ne reste plus qu'une étroite zone marginale, complètement décolorée, l'hémoglobine ayant disparu en entier, tout le corps du globule rouge, réduit à sa coque, est envahi par le microbe. A ce moment, l'on a sous les yeux un élément circulaire (corps nº 2 de Laveran), ayant à peu près la dimension du globule rouge et renfermant une élégante collerette de granulations noires. Cette collerette, c'est le microbe arrivé à son état parfait et pourvu d'un ou plusieurs prolongements très ténus, mesurant 25μ et plus de longueur; seulement ils ne sont pas visibles ainsi. A ce moment, le parasite va percer la membrane qui le contient et s'échapper en liberté dans le plasma sanguin. Sur plusieurs préparations, le microbe était sorti presque en entier de sa coque, qui restait appendue sur un de ses côtés sous forme d'un cercle extrêmement pâle, nécessitant une grande attention pour être aperçu; des observations souvent répétées ne laissent aucun doute sur la réalité de ce fait de l'émigration. D'autres fois, les filaments mobiles percent seuls l'enveloppe, où le corps du parasite reste enfermé. D'ailleurs, dans un cas comme dans l'autre, on les voit entrer en mouvement et s'agiter vivement à la façon d'une verge flexible qu'on secouerait violemment en la tenant par le gros bout : ils fouettent les globules rouges voisins de leurs évolutions. Parfois leur extrémité libre, légèrement renflée, se prend dans une maille du réticulum fibrineux, et le corps du parasite oscille, en même temps que le filament se meut avec une rapidité croissante, comme s'il cherchait à se dégager. Au bout d'une heure, quelquefois moins, rarement plus, le mouvement s'éteint, et il ne reste que le cadavre du parasite.

Ce phénomène si curieux des vibrations n'est pourtant pas la règle, du moins sur le champ du microscope. Souvent le parasite reste inerte; on a d'autant plus de chance de voir les vibrations qu'il est plus avancé dans son développement. Les globules rouges à parasites très petits n'entrent jamais en mouvement.

Au dernier terme de tous les globules rouges parasitifères, on les voit peu à peu s'étaler, se déformer : la collerette pigmentaire se défait; on a sous les yeux une de

ces masses grisâtres, renfermant quelques granulations noires, signalées par plusieurs observateurs, Kelsch entre autres. Les granulations pigmentaires, ainsi devenues libres, sont rapidement reprises dans le sang par les leucocytes, qui s'en imprègnent. Le leucocyte mélanifère n'est qu'un épiphénomène du processus palustre, l'altération primordiale, essentielle portant sur le globule rouge.

Les autres corps allongés, ovalaires ou en forme de croissant, signalés par M. Laveran, ont toujours été rencontrés chez d'anciens fébricitants. Ils sont considérés comme des globules rouges parasitifères, arrêtant le microbe dans son développement, car on ne les voit jamais entrer en vibration.

La destruction des globules rouges, si remarquable dans la malaria, et l'action du sulfate de quinine, autant que l'opiniâtreté de l'affection, s'expliquent donc par ce microbe. Il se retrouve chez tout malade qui va avoir un accès, excepté les cachectiques palustres. Il constitue donc un élément précieux pour le diagnostic et montre que le globule rouge est vraiment muni d'une membrane d'enveloppe. (*Acad. des sciences*, 20 février.)

Fièvre jaune. *Recueil des travaux chimiques et recherches sur la cause, la nature et le traitement de la fièvre jaune*, par le docteur Domingos Freire, médecin de l'hospice de la Santé, professeur de chimie organique à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro, etc. Un vol. in-12 de 333 pages, avec de nombreuses planches intercalées dans le texte; Rio de Janeiro, 1880.

Un ouvrage en français, venant du Brésil, mérite d'être accueilli comme un compatriote. Si le Français casanier se désintéresse trop de ce qui se fait à l'étranger, souvent par ignorance de la langue, contrairement à l'Anglais cosmopolite, il doit un intérêt particulier à tout ce qui se fait et s'écrit dans la sienne. Et les travaux chimiques dont il s'agit ici sollicitent d'autant plus son attention qu'ils ont été exécutés suivant l'esprit et la méthode en vogue : la recherche des infiniment petits. Les titres suivants suffiront à en indiquer l'importance : *Recherche sur un cryptogame, cause de l'oxydation*

des huiles; influence des agents chimiques sur la fermentation huileuse; de l'action des oxydants sur les alcaloïdes naturels; notice sur la matière colorante du solanum nigrum et sur un animalcule qui se développe dans la solution du suc de cette plante; quelques expériences sur le rôle que jouent les gaz de l'urine; recherche sur la rancification du beurre; etc., etc. Sans avoir à en apprécier la valeur ni le mérite, les spores et les sporules figurés, comme les animalcules, les microbes, les bâtonnets ou cellules suffisent à montrer que toutes ces analyses microscopiques sont bien faites, conformément aux tendances de la science européenne actuelle, et n'en donnent pas d'autres résultats : le parasitisme d'organismes divers qui se trouvent toujours et partout au fond de ces expériences, sans que l'on puisse en distinguer positivement l'origine, le rôle, ni la signification. On les interprète hypothétiquement, et voilà tout.

Les recherches sur la fièvre jaune, faites à ce point de vue exclusif des théories pastoriennes, vont le prouver. Les différents vomissements, le pus, la salive, l'enduit de la langue et le sang des malades, ayant été examinés à un grossissement de 450 diamètres, des granulations identiques, sous forme de petits points noirs, à peine perceptibles, se sont rencontrées dans tous ces liquides. Douées de mouvements très rapides, elles donnaient lieu immédiatement à des organismes divers : vibrions, bactéries et cryptococcus, dont le développement complet s'accomplissait en deux à trois jours. Leur nombre était surtout prodigieux dans les vomissements, et leur résistance à l'ammoniaque en a démontré la nature végétale.

Tel est le fait acquis. Au milieu de ces liquides mortifiés, décomposés, putréfiés, provenant d'individus condamnés fatalement à une mort prochaine et qui sont autant de germes de mort, apparaît une nouvelle vie végétale, comme au milieu d'une simple infusion d'herbes sèches dans de l'eau bouillie et mise à l'abri du contact de l'air. D'où provient-elle, en admettant avec M. Pasteur qu'elle ne peut être spontanée? Des granulations mobiles qui pullulent dans ces liquides, comme les atomes germes dans l'air ambiant, dont elles pro-

viennent. Elles sont donc bien l'effet de la fièvre jaune et pourraient la reproduire, d'après l'épreuve expérimentale, faite dans une maladie analogue : le charbon, avec la bactéridie charbonneuse.

Toute la démonstration des panspermistes est dans ce simple raisonnement. Procédant du simple au composé, par analogies et hypothèses, ils généralisent à l'infini et font dériver toutes les maladies infectieuses de l'absorption, par l'homme et les animaux, d'un organisme végétal, ou graine suspendue dans l'atmosphère et qui, en proliférant avec la rapidité de l'éclair dans l'organisme animal vivant, l'envahit, le subjugue et le tue par un véritable empoisonnement. Les miasmes d'autrefois sont représentés, figurés par des organismes imperceptibles, microscopiques, aériens, suspendus dans l'air, et produisant toutes ces affreuses épidémies de la peste, la variole, les fièvres jaune, typhoïde et tant d'autres, avec les manifestations variées, multiples, diverses et opposées que l'on sait.

Tel est le progrès de la science positive actuelle sur les inductions hypothétiques, fondées sur l'observation commune, universelle d'autrefois. C'est le secret de la doctrine régnante du parasitisme sur l'origine des maladies miasmatiques, infectieuses, épidémiques, contagieuses même, promulguée sur l'autorité de simples expériences *in vitro*. On n'explique ni la différence des symptômes, ni celle de la gravité du mal sur des individus soumis à une cause identique, ni la raison de son innocuité pour ceux qui y échappent. On ne cherche qu'à se prémunir uniformément contre l'ennemi invisible par la vaccination et à en empêcher la prolifération, dès qu'il est introduit dans l'organisme, par des antiseptiques.

Selon l'auteur, quelques injections hypodermiques de salicylate de soude, pratiquées du premier au second jour de l'invasion de la fièvre jaune, suffiraient à juguler le mal, en tuant l'affreux microbe. A elle seule, cette découverte vaudrait mieux assurément que toutes les expériences relatées dans ce livre ; mais nous avons le regret de dire que, malgré la statistique, pas un seul fait ne demontre la réalité de cette action spécifique. C'est encore à l'avenir de justifier cette assertion.

FISTULES. Une nouvelle variété en a été découverte; ce sont les :

Fistules et dépressions congénitales de la région ano-coccygienne. L'aspect de la rainure interfessière varie suivant les sujets. On y observe des dépressions médianes et latérales, de profondeur variable, vers lesquelles convergent deux ou trois sillons cutanés, soit au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, soit à la pointe du coccyx, mais toujours à une distance d'un centimètre au moins de l'anus. La peau n'est pas adhérente aux parties profondes, sinon sur les parties latérales. Ce mode de conformation est si fréquent que, sur 130 sujets examinés, le docteur Lannelongue l'a rencontré 95 fois à divers degrés. Dans 14 de ces cas existaient des infundibula ou des fistules réelles.

C'est sur les accidents jusqu'ici négligés, sinon méconnus, produits par ces fistules, et dont M. Terrillon a observé trois cas, qu'il appelle l'attention. C'était l'écoulement intermittent d'un liquide séro-purulent, tachant le linge, dans le pli interfessier, chez un homme de trente-cinq ans, déjà obèse. Une poche piriforme sous-cutanée donnait en effet issue à du pus sanieux par un petit orifice. Autour existaient d'autres orifices résultant de petits abcès formés par l'obturation de la fistule ou l'irritation de la peau. De là des douleurs vives, gênantes et incommodes. L'ablation de cette fistule borgne externe et la cautérisation au fer rouge de tous les autres trajets amenèrent la guérison.

Un homme de trente-sept ans, assez gras, éprouvait des accidents analogues par les poussées inflammatoires et la formation de petits abcès à répétition par une fistule cutanée semblable, entourée de trois autres fistulettes. Le thermo-cautère, en les divisant et les cautérisant, amena rapidement la guérison.

Le troisième exemple se présenta chez une jeune cuisinière avec une poche, très distendue, contenant une matière d'un blanc jaunâtre formée d'amas d'épithélium pavimenteux, avec un peu de liquide. Aucune lésion secondaire n'existait autour. La malade, soulagée par la déplétion de cette poche, refusa toute opération.

Un quatrième exemple a été observé par M. Reclus, sur un garçon de seize ans. L'orifice, de 4 à 5 millimètres de diamètre, affleurait la peau, sans rougeur autour. Sa profondeur de 5 centimètres était parallèle au rectum. (*Gaz. hebdom.*, nº 16.)

Des faits analogues sont rapportés par le professeur Heurtaux, de Nantes, qui, sur 960 sujets examinés, a rencontré 42 infundibula, avec un orifice parfois assez étroit pour que les produits épithéliaux s'y accumulent. C'est ainsi que, une fille de vingt-deux ans le consultant pour une tumeur douloureuse de la région anale, il trouva dans un infundibulum un amas de poils enchevêtrés, dont quelques-uns adhéraient aux parois mêmes de la dépression. (*Soc. de chirurgie*, janvier et mars, et *Revue de chir.*, avril.)

L'origine congénitale de ces malformations et de ces fistulettes ressort clairement de l'ensemble de ces faits, ainsi que leur défaut de gravité. Des soins de propreté suffiraient probablement dans la plupart de ces dépressions pour prévenir la formation de ces fistulettes. Leur cautérisation dès la naissance serait le plus sûr moyen d'en empêcher le développement et les accidents ultérieurs.

Fistules recto-vulvaires. Elles sont si difficilement curables par les diverses méthodes de traitement que sur 13 opérations rapportées par M. Verneuil en modifiant sans cesse ses procédés, il y a eu 2 succès seulement, l'un après un essai infructueux d'avivement sanglant, l'autre d'emblée, à la suite d'une périnéorrhaphie et malgré neuf tentatives infructueuses. Le peu d'épaisseur de la cloison, joint au contact des matières fécales, rend les sutures inutiles. Un avivement large est dangereux, par le risque d'augmenter la fistule. Une nouvelle opération, consistant à détruire l'épithélium des deux orifices et du trajet fistuleux, avec réunion immédiate secondaire par la rétraction cicatricielle, paraît donc seule applicable après tous les autres essais restés infructueux.

Sur 4 opérations, M. Trélat n'a pas été plus heureux. Il n'a réussi qu'une fois, chez une femme de trente-cinq ans, dont la fistule, de 7 millimètres de diamètre, succédait

à une déchirure incomplète du périnée. Il fit une longue incision et un avivement losangique dépassant la fistule au-dessus et au-dessous et de plus de 1 centimètre latéralement. La réunion immédiate par des sutures amena la guérison, qui persiste depuis quatre ans. Ce procédé est donc une périnéorrhaphie incomplète, qui, en cas d'insuccès, augmente beaucoup cette infirmité. Une débâcle survenue le troisième jour a suffi dans un cas à empêcher complètement la réunion. (*Soc. de chir.*, mars.)

Fistule anale. *Ligature élastique.* Des divers procédés en présence, le praticien a souvent l'embarras du choix, à moins d'indications spéciales. Le bistouri est sans doute le plus expéditif, mais il exige le supplice consécutif de la mèche intra-rectale, expose à l'hémorrhagie et au phlegmon résultant du contact des matières fécales sur la plaie. L'écraseur linéaire est exempt de ces dangers, mais ne peut guère être employé sans l'anesthésie, ce qui est une complication. De même de l'anse galvanique et du thermo-cautère, qui ne sont pas à la portée de tous les praticiens. Introduire un *petit* fil rond de caoutchouc dans le conduit fistuleux avec un stylet aiguillé, en réunir les deux extrémités au dehors, soit par un nœud ou une ligature de fil ciré, en serrant modérément, est infiniment plus simple et facile, à la portée de tous, sans aide, ni plaie ni pansement. Il ne s'agit que d'attendre la section s'opérant lentement, il est vrai, mais sûrement, sans grande douleur et ordinairement sans récidive. Ce procédé semble donc mériter la préférence, à moins d'indications spéciales.

Telle est l'opinion du docteur Queirel, de Marseille. Elle serait sans danger dans les cas graves, et sans récidive quand la section est complète. Peu de douleur, point d'hémorrhagie, ni réaction ni inflammation consécutives ; inutilité de l'anesthésie et indication spéciale chez les diathésiques. Les seules modifications à son emploi, d'après M. Lucas-Championnière, sont de n'employer que des fils très petits, de 1 millimètre de diamètre environ, sans les serrer beaucoup, en faisant garder le repos au lit pendant quelques jours après, avec l'usage d'un bain quotidien. La douleur est presque nulle,

en lavant matin et soir avec de l'eau phéniquée. La guérison est rapide avec ces précautions.

Des préférences particulières peuvent seules faire méconnaître ces avantages. Ainsi M. Verneuil donne la supériorité au thermo-cautère et n'emploie la ligature élastique que dans les fistules à trajet droit et court. Pour M. Després, c'est l'incision ancienne qui lui a donné 220 succès sur 221 opérations, sans récidive. M. Terrier emploie surtout l'écraseur contre les fistules à diverticules, fongueuses, avec grattage, cautérisation ensuite; mais il est évident que ce sont là des cas exceptionnels et que, pour les fistules simples, la ligature est préférable et la seule à adopter, surtout pour le praticien sans aides ni cet arsenal opératoire qui se trouve dans les hôpitaux et en ville. Aussi bien, pour les cas compliqués, quiconque n'a à choisir qu'entre son bistouri boutonné, un écraseur ou un fil de caoutchouc, envoie-t-il ses malades à la ville. (*Soc. de chir.*, septembre et octobre, et *Journ. de méd. et chir. pratiques*, octobre.)

Le procédé de M. Monod consiste, d'après l'exemple de Ricord et Richet, à inciser largement la fistule sur toute la hauteur du périnée; après quoi, il pratique la périnéorrhaphie. On évite ainsi les fusées purulentes résultant du passage des gaz et des matières fécales dans les trajets fistuleux; c'est là une méthode radicale pour les cas compliqués et dont une fistule simple n'est pas susceptible. (*Congrès de la Rochelle et Soc. de chir.*, octobre.)

Fistules salivaires. *Procédé nouveau.* En présence de l'écoulement extérieur de la salive par la cavité d'un abcès au-dessous de son orifice primitif, M. Richelot introduisit dans la joue une anse de tube à drainage en caoutchouc, comprenant la fistule dans sa concavité et se nouant dans la bouche. L'orifice temporaire créé en arrière de la fistule assurait ainsi l'écoulement de la salive au dehors, sans entraver la guérison du trajet fistuleux. Celle-ci obtenue, il a suturé l'orifice postérieur, et la salive s'est écoulée dans la bouche par la voie créée par le tube en caoutchouc.

La substitution d'un fil élastique à la canule ou au fil de plomb classique et la création temporaire d'un orifice postérieur servant de tube de sûreté constituent deux modifications importantes. D'où les règles suivantes de cette nouvelle opération :

1° Plonger un trocart d'avant en arrière dans la fistule ;

2° Maintenir l'orifice postérieur béant avec un caoutchouc ;

3° Fermer l'orifice antérieur, laissant encore le drain en place ;

4° Enfin ne retirer ce drain que tardivement et avec prudence, de façon que l'orifice postérieur ne se ferme pas.

Une opération analogue a été réalisée par M. Le Fort, en passant un fil dans le conduit et en en fixant les extrémités à la face interne de la joue. La salive ne passant plus par l'orifice cutané, la fistule devint muqueuse, et la guérison s'ensuivit. En faisant obliquement ce trajet de la joue à la muqueuse, M. Pozzi obtint le même résultat chez une jeune fille qui, à la suite d'une périostite suppurée du maxillaire supérieur gauche, perdait jusqu'à 125 grammes de salive chaque demi-heure, par un orifice en cul de poule sur la joue. Un tube à drainage lui permit de maintenir béant l'orifice muqueux, pour obtenir la guérison. L'opération nouvelle ne fait donc que consacrer ces divers procédés. (*Soc. de chir.*, juillet.)

FRACTURES. *Abstention dans les fractures simples par balles de revolver.* C'est la loi posée par la Société de chirurgie, dès que la plaie ne paraît pas devoir contenir des débris de vêtement ou autres corps étrangers. La plaie s'étant réunie spontanément dans deux cas de fractures de l'humérus ainsi produites, observées par M. Vieuss, sans autre intervention que l'immobilisation du membre, l'exploration eût pu être désastreuse. Les orifices d'entrée et de sortie se sont sphacélés sans suppuration profonde. Plusieurs faits semblables ont été cités à l'appui de cette pratique. C'est par le petit calibre de la balle que le plus souvent elle ne provoque aucun désordre local. Celles de chassepot peuvent parfois n'en

pas déterminer davantage selon leur calibre, mais elles en entraînent le plus souvent. Par les délabrements résultant du volume de ces balles, les blessures qu'elles produisent sont graves. Dès que le projectile est sorti et que la fracture n'est pas comminutive, aucune exploration ni manœuvre ne sont nécessaires. Obturer les ouvertures, obtenir l'immobilisation dans une gouttière est tout ce qu'il y a à faire. (*Décembre* 1881.)

Fractures du crâne *limitées à la table interne*. Plus fréquentes qu'elles ne le paraissent, car elles sont souvent méconnues même à l'autopsie, ces fractures sont réunies au nombre de 63 par le docteur Lidell, chirurgien de l'hôpital de Bellevue, dont 21 ont été observées pendant la guerre de sécession.

Contrairement à Stromeyer, qui repoussait la trépanation dans ces cas, comme facilitant la suppuration, l'auteur croit que c'est le seul moyen d'arrêter les accidents quand ils se manifestent. L'analyse de ces observations montre, en effet, que les fragments de la table interne, complètement détachés, traversent les méninges et pénètrent dans la substance cérébrale. Sans perforer la dure-mère, les esquilles détachées se nécrosent et agissent comme corps étrangers; restées adhérentes à la voûte osseuse, l'extrémité libre et aiguë de leurs pointes exerce une irritation sur les méninges à chaque pulsation du cerveau. D'où les symptômes de méningite et d'encéphalite et la mort dans la prostration et le coma. Sur les 7 guérisons obtenues, 6 le furent par la trépanation. L'unique guérison spontanée, rapportée par le docteur Otis, montre les nombreux dangers courus par le blessé. Il fallut pratiquer l'extraction du séquestre pour la guérison complète.

Toutes les fois qu'une blessure du crâne provoque des accidents de fracture sans que l'on en trouve les traces, il est prudent d'admettre une fracture de la table interne et de la traiter comme telle par les ventouses scarifiées à la nuque contre les symptômes inflammatoires, l'application topique de la glace, les purgatifs, le calomel, un régime sobre et un repos absolu. Les simples fêlures peuvent guérir sans ce traitement; mais si, malgré lui,

l'irritation et la compression s'aggravent, le trépan est la seule ressource, et il faut y recourir sans retard. (*Amer. journ.*, avril.)

Fracture de la paroi antérieure du conduit auditif externe. Avec hémorrhagie par l'oreille, elle simulerait fréquemment une fracture du crâne, d'après le docteur Baudrimont. Les prétendues guérisons de celle-ci ne seraient que de simples défoncements du conduit auditif externe, avec hémorrhagie par l'oreille. La cause habituelle est une chute sur le menton, avec plaie mentonnière. Il en donne l'exemple suivant, parmi les 23 observations relatées :

C'était un homme édenté, observé en 1879, ayant fait une chute sur le menton, avec la plaie locale caractéristique. Surdité absolue, refoulement du rebord du maxillaire inférieur très en arrière. La place des condyles était vide. Le condyle droit fut remis assez facilement; le gauche fut difficilement dégagé. Dès lors, l'audition reparut. Le stylet rencontrait des esquilles dans la plaie du conduit auditif externe. Vingt-sept jours après, le blessé était guéri. (*Soc. de chirurg.*, 21 juin.)

Fractures du col du fémur. *Pronostic chez le vieillard.* Leur gravité exceptionnelle a été attribuée tour à tour à une fièvre intense avec délire et adynamie par Malgaigne, à une fièvre osseuse septicémique résultant d'un travail de résorption, d'après M. Gosselin, au marasme, à l'épuisement par d'autres, ou à la congestion pulmonaire hypostatique résultant du décubitus prolongé; ce seraient autant d'hypothèses gratuites ou erronées. La vraie cause en serait pour M. Verneuil, qui l'a signalée dans une thèse de Damian en 1876, dans une affection viscérale latente, subissant une poussée aiguë par le traumatisme et déterminant une mort rapide. La fréquence de la néphrite interstitielle chez le vieillard et la gravité spéciale du traumatisme chez les brightiques en particulier en rendraient surtout compte.

La preuve clinique de cette interprétation paraît établie à nouveau par quatre exemples de cette fracture, réunis presque simultanément, dans la clinique de la

Pitié, chez des vieilles femmes. Les trois premières âgées de soixante-onze, soixante-quatorze et quatre-vingt-quatre ans — dont les viscères, examinés avec soin, les reins en particulier, n'ont révélé aucune lésion organique ni fonctionnelle — ont toutes guéri après deux et trois mois de séjour sur le dos, ayant leur membre dans une gouttière. La quatrième, âgée de soixante-seize ans, est morte au contraire le treizième jour, après avoir présenté du délire et de l'adynamie. L'autopsie ne montra rien de particulier au siège même de la fracture, et tous les viscères étaient sains, moins les reins altérés, le droit surtout. Ces lésions coïncidant exactement avec la céphalalgie, la langue sèche et noire, l'adynamie observée pendant la vie avec douleur locale, ont ainsi déterminé la mort. (*Gaz. hebdomad.*, nº 8.)

Fractures du fémur. *Nouvel appareil à extension.* L'appareil en sparadrap, avec ses perfectionnements, laissait encore trop à désirer pour ne plus exercer le génie des inventeurs. En perfectionnant l'application des bandelettes, MM. Duplay et Delarabrie ont remplacé le tube en caoutchouc, passant en anse dans le pli de l'aine pour faire la contre-extension, — et qui était la cause de divers accidents, — par un lacs rembourré, en forme de cravate, large de deux travers de doigt, qui s'applique transversalement sur le bassin, en prenant son point d'appui sur les branches ascendante de l'ischion et descendante du pubis. La contre-extension, agissant uniquement sur le tronc, contrebalance efficacement l'extension des bandelettes, prenant leur point d'appui sur les condyles fémoraux, sans déterminer aucune compression des vaisseaux, ni l'œdème, l'érythème, les phlyctènes, les eschares en résultant.

L'efficacité de cet appareil est aidée par un plan horizontal résistant au moyen d'une planche ayant les dimensions du lit et interposée entre les matelas, de manière à ne former ni creux ni dépressions. Et, pour prévenir l'éversion du pied en dehors, une planchette étrier est placée au bout du lit, où le pied est encastré et maintenu, sans que la traction en soit atténuée. On obtient ainsi des consolidations avec rectitude parfaite du pied.

Onze observations recueillies à l'hôpital Lariboisière en 1881 témoignent des bons effets de cet appareil. Le minimum du raccourcissement de 2 centimètres 1/2 à 4 est devenu le maximum. A une seule exception près chez un enfant indocile, il n'a été que de 1 centimètre 1/2, et absolument nul dans trois cas. Le séjour au lit a été de vingt à trente jours, au lieu de deux mois, sans complications. La moyenne du traitement de ces fractures varie ainsi de trente à quarante jours au plus. Le blessé marche quelquefois le lendemain de l'enlèvement de l'appareil, d'autant plus que, le membre fracturé restant à découvert pendant toute la durée du traitement, les plaies peuvent être pansées, surveillées et traitées activement, sans retarder la consolidation. (*Archiv. de méd.*, juillet.)

Fractures transversales de la rotule. Examinant les principaux résultats des deux nouvelles méthodes qui se sont introduites simultanément dans la pratique à partir de 1877 : la ponction de l'articulation et l'ouverture même de l'article avec suture osseuse consécutive, appuyées l'une et l'autre sur 12 observations récentes, M. G. Poinsot arrive aux conclusions suivantes, conformes à celles de la Société de médecine de Londres. (Voy. *année* 1880.)

La ponction articulaire doit être pratiquée toutes les fois qu'il existe un épanchement moyen ou considérable à plus forte raison, s'opposant à la coaptation des fragments. Elle doit être immédiate, sans lavage phéniqué de l'articulation.

La ligature osseuse de Kocher peut être employée après la ponction, si les appareils ordinaires sont insuffisants à la coaptation.

Dans tous les cas, l'appareil contentif doit être visité fréquemment jusqu'à la cessation du gonflement articulaire.

Le membre doit être muni d'un appareil limitant la flexion pendant plusieurs mois après la consolidation.

L'ouverture de l'articulation avec suture osseuse convient dans les fractures récentes, quand la ponction n'a pu suffire à évacuer l'épanchement. Elle s'impose dans

les pseudarthroses, ainsi que quand la distension consécutive du col compromet les fonctions du membre. (*Rev. de chirurgie*, janvier.)

Lister, dans une fracture transversale de la rotule avec éeartement, — il ne dit pas si elle était récente — incisa les téguments parallèlement à la fracture et l'articulation ainsi ouverte, il y pratiqua des lavages, phéniqués bien entendu. Rapprochant ensuite les extrémités fraeturées, il les maintint en contact par la suture des fragments. La plaie réunie, un drain de erins phéniqués fut placé dans l'angle inférieur de la plaie. Six semaines après, la guérison était parfaite, sans aucun accident local ni général, pas même l'élévation de la température à 38°. (*British med. journal.*) C'est aujourd'hui la méthode la plus usitée en Angleterre.

Un procédé bien plus simple est employé par le docteur Chr. Heath. L'épanchement de sang et de la sérosité étant aspiré, il applique un bandage au diachylum, maintenu avec des bandes de flanelle. Les muscles conservent ainsi leur tonieité, se contractent, et la coaptation est assurée jusqu'à la consolidation définitive. (*Idem*, mars.) Et les tendons rotuliens?

G

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. Nouvelle et ingénieuse applieation du principe chirurgieal que, à défaut de pouvoir enlever un obstacle rendant la vie impossible, il faut le surmonter ou le tourner. Telle est la gastrotomie appliquée au caneer ou au rétrécissement de l'œsophage, et la eolotomie lombaire aux affeetions analogues du rectum. Elle vient d'être réalisée également contre un eaneer trop étendu du pylore. (Voy. CANCER.)

Elle devait être pratiquée, pour la première fois peut-être en France, d'après l'exemple des Allemands, sur une jeune femme entrée à l'hôpital Saint-Antoine, dans le serviee de M. Dujardin-Beaumetz. Elle avait avalé six ans auparavant de l'aeide sulfurique. Son estomae, extrêmement dilaté, offrait la singulière particularité de

se contracter en masse, comme dans les contractions de l'utérus.

Le docteur Périer se proposait de pratiquer, en cas d'amélioration, la suture aux parois de l'estomac d'une anse de l'intestin grêle, prise aussi près que possible du duodénum, dans le but de rétablir la circulation entre l'estomac et l'intestin, en permettant aux liquides sécrétés par les glandes situées au niveau des premières portions du duodénum de se mélanger au bol alimentaire. Mais, à peine entrée dans le service, cette femme tombait dans un état de dépression dont rien ne put la tirer et mourut dix jours après. Cet état, très analogue à ce qui s'observe dans le typhus de misère, a empêché toute intervention chirurgicale.

Cette opération avait des chances de réussite dans ce cas, car l'autopsie a montré qu'il s'agissait d'un rétrécissement fibreux du pylore, ne permettant pas l'introduction d'un porte-plume : la muqueuse était intacte, et l'on ne trouvait aucune cicatrice le long de l'œsophage. L'estomac, énorme, a ses parois considérablement épaissies. La couche musculeuse surtout est hypertrophiée d'une façon considérable, et dans cet état, en effet, l'estomac représente à peu près l'utérus après la délivrance. (*Soc. méd. des hôpitaux*, janvier.)

GASTROSTOMIE. *Modification en deux temps.* Cette nouvelle opération, attribuée à M. Howse, est devenue assez fréquente pour qu'un nouveau succès intéresse peu l'attention. Il semble presque que l'on avale des cuillers par mégarde pour en confirmer les résultats. Mais il s'agit ici d'une modification assez importante pour être signalée.

Une jeune fille de dix-neuf ans fut admise à l'infirmerie de Manchester, le 5 mars 1881, pour un rétrécissement de l'œsophage, survenu deux ans auparavant par la déglutition accidentelle d'une cuillerée d'acide nitrique. Après un séjour de trois semaines à l'hôpital, elle avalait assez bien pour le quitter. Mais l'amélioration fut de courte durée, et, bientôt après, elle y retournait tout émaciée et ne pesant plus que 40 livres. Le cathétérisme amena une nouvelle amélioration, et elle avait

gagné un peu de poids, lorsque, se refusant à tout autre traitement, elle quitta de nouveau l'hôpital.

A son retour, M. Th. Jones passe une petite bougie pendant plusieurs jours à travers le rétrécissement situé à un pouce au-dessous de l'orifice de l'œsophage. Mais bientôt la déglutition devient impossible; on est obligé de recourir aux lavements alimentaires, et la gastrostomie est acceptée et pratiquée le 14 mai, avec la modification suivante, tendant à en assurer le résultat.

Dans un premier temps, la malade étant anesthésiée avec un mélange d'alcool, de chloroforme et d'éther, une incision curviligne de quatre pouces, correspondant au septième espace intercostal gauche, divise la paroi abdominale avec toutes les précautions antiseptiques. Le péritoine, divisé au niveau du bord inférieur de l'estomac, permet l'introduction du doigt pour le pousser en avant. Des pinces le fixant dans cette situation, deux fils de soie phéniquée sont passés obliquement à travers sa membrane externe, à une distance de 3/4 de pouce. Ainsi fixée, sa membrane musculeuse, avec le péritoine, est réunie aux lèvres de la plaie cutanée par neuf sutures, avec des fils de catgut *chromicidés*. Cette partie minutieuse de l'opération, exécutée sous le nuage phéniqué, mit à nu une portion elliptique de l'estomac d'un pouce de long, dans la direction de la plaie, qu'un pansement antiseptique recouvrit immédiatement.

Sauf une légère élévation de température le lendemain, aucune complication sérieuse ne suivit ce premier temps. L'opérée put être nourrie avec des lavements nutritifs pendant quatre jours. Le 19, le sommeil ayant été bon et la température normale, avec pouls à 80, la plaie fut découverte. Elle avait un bon aspect, et l'adhérence des lèvres étant parfaite, avec l'estomac fixé par les deux fils de soie, une ponction fut pratiquée avec un ténotome au centre de la partie saillante, entre les sutures, et un petit cathéter fut introduit à un pouce de profondeur et fixé. Le pansement antiseptique fut renouvelé, et du lait fut bientôt introduit dans l'estomac.

Tout alla si bien que, dès le 27 mai, l'opérée se nourrissait très bien avec du lait et avait gagné 5 kilos environ de poids au milieu de juillet. Elle quitta l'hô-

pital, et, en se représentant en septembre, elle jouissait d'une parfaite santé. (*Lancet*, 7 janvier.)

Un nouveau succès de cette opération a été relaté par Thomas Bryant à la Société de médecine de Londres, le 3 avril dernier, pour un cancer de l'œsophage, chez un fermier de soixante-cinq ans. Il avait commencé à souffrir dans l'hiver de 1879-1880 et fut opéré le 3 décembre 1881, en regagnant du poids ensuite. C'est le quatrième exemple de cette opération par le célèbre chirurgien contre le cancer. Le premier opéré survécut deux mois ; le second est encore vivant depuis vingt mois, avec les meilleures apparences d'avenir, de même que le troisième opéré depuis cinq mois.

Le premier temps de la gastrostomie, dans ces cas, a consisté dans une incision oblique de trois pouces de long environ, faite à trois pouces et demi au-dessous du bord des fausses côtes gauches, sans intéresser le péritoine. L'écoulement du sang étant arrêté par la torsion des vaisseaux ou avec une éponge imbibée d'eau chaude, la division du péritoine qui recouvre l'estomac est faite ensuite, en le fixant aussitôt aux lèvres de la plaie avec des fils de soie. C'est seulement du cinquième au septième jour après que l'opération est terminée, par une simple ponction de l'estomac d'un huitième de pouce avec un ténotome au centre de la partie exposée. Ce second temps est facilité par la suture du feuillet péritonéal de l'estomac dans le premier temps. Une sonde nº 10 est ensuite introduite pour l'alimentation. Dans les deux premiers cas, aucun écoulement des liquides gastriques ou alimentaires ne s'est fait autour du tube, et l'ouverture est parfaitement sèche chez le troisième opéré depuis vingt mois. Du liquide gastrique s'est échappé dans le dernier cas, mais sans substance alimentaire. Le plus sûr moyen de prévenir cette régurgitation est dans l'étroitesse de la ponction. (*Idem*, 6 mai.)

GAVAGE. Ce nouveau et singulier nom, donné à l'alimentation artificielle et forcée ou à la suralimentation de certains malades, décèle bien l'assimilation que les médecins de l'école actuelle font de l'homme aux animaux. Voy. ALIMENTATION, ESTOMAC, HYSTÉRIE, PHTHISIE.

GLAUCOME. *Sclérotomie ou iridectomie?* Un débat solennel sur le choix ou la préférenee à aeeorder à ees deux opérations a eu lieu entre les prineipaux ophthalmologistes anglais, assemblés spéeialement pour élueider, sinon résoudre eette importante question. Si leur effet eommun est de diminuer la tension intra-oeulaire par l'évacuation du liquide aceumulé, il reste à savoir si l'opération de Graefe, adoptée avee enthousiasme, produit une guérison plus fréquente et eertaine que eelle plus simple que M. Weeker lui a substituée réeemment. La pratique de celle-ei, aecueillie avee réserve en Angleterre et souvent modifiée dans son procédé opératoire original, ne paraît pas assez complète pour supporter la eomparaison, dont une large expérience a montré tous les avantages et les ineonvénients. On sait aussi qu'elle ne réussit guère contre le glaucome hémorrhagique, ehronique, et laisse à sa suite un staphylome disparate, qui peut devenir dangereux. Les diverses causes de eette maladie augmentent eneore les diffieultés de cette eomparaison.

Dans le glaucome simple, avec dilatation de la pupille et lésions de l'iris, Higgens préfère la selérotomie modifiée et donne 21 observations à l'appui. Speneer Watson l'emploie dans tous les eas, même avee hémorrhagie, dès que la pupille est sensible à l'éserine. Plusieurs suecès, datant de trois à cinq ans, sont eités. Le glaueome fulminant et les adhérenees de la pupille et de l'iris en sont les seules contre-indications. Bader l'a employée exelusivement dans les sept dernières années, sans un seul cas d'ophthalmie sympathique, qu'on l'a aeeusée de produire.

Sur 36 selérotomies faites sur 32 yeux glaucomateux à l'hôpital ophthalmique de Saint-Marc, Story de Dublin n'a obtenu que 18 sueeès et 13 insuecès, les autres résultats étant inconnus. Elle ne lui paraît done pas préférable à l'irideetomie. Sur 10 applieations, le doeteur Swansy a eu 8 guérisons eomplètes depuis trois ans, malgré le prolapsus de l'iris dans 2 eas. Nettleship, sur 23 applications dans l'état chronique et même après l'iridectomie, a eu 6 suceès marqués, dans les 15 premiers cas et moins complets dans les autres, avec hernie

irienne. Il ne la considère que comme remplaçant la première.

Puis viennent ceux comme Bowman, Teale et Critchett, qui, sans l'avoir essayée, font des réserves ou accordent la préférence à l'iridectomie. Ce dernier ne trouve l'opération de Wecker indiquée que dans le glaucome traumatique, avec extraction du cristallin. Lawson ne lui accorde également que des applications très restreintes, et c'est ainsi que la plupart des orateurs en ont parlé *à priori*, sans aucune expérience. La technique leur paraît surtout imparfaite, et M. Cowell ne rejette l'opération que pour cette cause. Plusieurs insuccès sont attribués à ce procédé. La question reste donc *sub judice*. (*Ophthalmological Society* et *Lancet*, 17 juin.)

GLOTTE. La fréquence des accidents nerveux graves, multiples et variés, résultant, chez l'adulte, de l'occlusion totale ou partielle de ce vestibule des voies respiratoires, les rend souvent difficiles à interpréter dans leur mécanisme physiologique et pathologique. La distinction suivante du docteur Krishaber aidera sans doute à les mieux comprendre.

L'occlusion physiologique des voies respiratoires aussi bien que le spasme pathologique de la glotte résultent du jeu d'un sphincter virtuel, à deux plans, dont l'inférieur correspond aux lèvres de la glotte et le supérieur à celles de l'orifice sus-glottique.

Le spasme de ce sphincter intercepte l'inspiration, alors même qu'un seul des nerfs récurrents qui l'animent est excité.

Sa paralysie au contraire produit des phénomènes très différents et même opposés, selon que tels filets nerveux ou tels muscles sont atteints et suivant qu'elle est unilatérale ou bilatérale, récente ou ancienne, celle-ci se compliquant de contracture dans les muscles antagonistes.

Qu'il s'agisse de spasme ou de paralysie, l'état de la muqueuse glottique a peu ou point de signification, si l'altération est légère.

D'où la classification de ces spasmes en trois ordres : idiopathiques, symptomatiques ou prémonitoires et accidentels ou irritatifs.

Les premiers comprennent : 1° le laryngisme de l'enfance et de l'adulte, spasme essentiel ou ictus laryngé, appelé vertige laryngé par M. Charcot; 2° la paralysie des muscles respiratoires du larynx, variant dans sa symptomatologie et son traitement suivant qu'elle existe d'un seul côté ou des deux.

Les seconds comprennent les spasmes et la paralysie se manifestant dans l'hystérie et l'ataxie locomotrice : d'où l'aphonie et l'hyperexcitabilité, la toux nerveuse et hystérique, l'aboiement. La compression des nerfs récurrents par une tumeur quelconque peut produire les mêmes effets.

Enfin les derniers résultent de la présence passagère des corps étrangers ou des polypes flottants, des végétations du larynx. Leur mobilité seule est la cause des accidents, car un corps étranger, fixe et immobile, peut séjourner longtemps sans en déterminer : ce qui prouve le peu de réaction de la muqueuse laringo-trachéale à tout ce qui ne la chatouille pas. (*Ann. des malad. du larynx*, septembre.)

GREFFES. La peau des cadavres peut servir à cet effet peu de temps après la mort. Le cadavre d'un jeune Allemand qui s'était suicidé en se coupant la gorge, ayant été apporté à l'hôpital, M. Girdner découpa une large portion de la peau de la face interne de la cuisse et, en la découpant en petits fragments, les appliqua sur une égale surface, dénudée et granuleuse, d'un blessé. Recouvertes de la protective de Lister, ces greffes furent fixées par un pansement modérément serré.

En levant le bandage quatre jours après, un quart des greffes se détachèrent par le lavage. Les autres donnèrent lieu à une peau mince, et, malgré un érysipèle intercurrent, qui entraîna la mortification de cette nouvelle peau, la cicatrisation finit par s'opérer.

Ce procédé n'a pas l'avenir que l'auteur lui prête pour la réparation des cicatrices. La peau d'un cadavre sain n'est pas si commune. Les blessés ou les suicidés peuvent servir exclusivement à cet effet, et il est assez délicat de faire une plaie étendue sur ces cadavres immédiatement après la mort. Comment s'assurer d'ailleurs qu'ils

sont exempts de toute infection diathésique ou spécifique? C'est donc là une découverte à la manière allemande.

Greffes musculaires. Un exemple unique en est relaté par M. Helferich (de Munich), chez un homme à qui l'on avait dû réséquer une portion du deltoïde. Pour compenser cette perte de substance, il transporta un deltoïde de chien, qu'il inséra, grâce au catgut, au milieu du muscle humain autochtone. Trois mois après, les fonctions du bras s'exécutaient presque normalement. (*Congrès des chirurgiens allemands.*)

Greffes spongieuses. Les chirurgiens ont depuis longtemps reconnu la difficulté d'enlever des éponges appliquées peu d'heures auparavant dans la profondeur des plaies, comme moyen de compression contre les hémorrhagies. Des granulations s'insinuent dans leurs interstices, avec la plus grande rapidité, qu'il faut rompre, pour séparer l'éponge de la surface charnue.

Des éponges très fines, débarrassées de leurs parties siliceuses et calcaires, lavées dans une solution de potasse et macérées ensuite dans une solution phéniquée à 5 pour 100 d'acide, ont donné les résultats suivants au docteur J. Hamilton : Des fragments, étant déposés dans les cavités séreuses ou les espaces intermusculaires d'animaux, sont devenus si intimement adhérents aux parois des plaies traitées antiseptiquement qu'il était impossible de les distinguer des tissus vivants. Bientôt, l'éponge saignait en la pinçant, quoique privée de sensibilité, et devenait complètement organisée, en se recouvrant de peau. L'éponge subit les mêmes changements dans la cavité abdominale, en devenant rapidement adhérente aux viscères infiltrés de lymphe plastique vascularisée et organisée. Tel est le résultat brut.

Au microscope, on voit les loges de l'éponge se remplir graduellement de lymphe fibrineuse, avec des lambeaux vasculaires et une lymphe organisatrice, venant des tissus environnants, s'y infiltrer après que les matériaux fibrineux ont disparu. Le tissu propre de l'éponge et les parois de ses loges s'imprègnent ainsi très lentement

de grosses cellules nucléées qui y adhèrent, sans qu'il soit possible de rendre leur absorption évidente.

Il serait prématuré de voir, comme l'auteur, dans le résultat de ces curieuses expériences, une négation de la vieille théorie de l'action irritante *per se* des corps étrangers. Une réserve peut être faite en faveur de l'action de certaines matières animales, comme le catgut, la soie, les crins, les caillots, dont l'observation est devenue familière. Cette nouvelle observation de l'éponge paraît donner une telle consécration à cette vérité, qu'à première vue elle paraît presque une découverte. Mais il sera plus pratique de savoir quelles en seront les applications possibles à la chirurgie. Le processus semble très lent, mais il a l'immense avantage de ne déterminer aucune rétraction, comme dans la cicatrisation naturelle des plaies. Ce procédé pourrait donc être mis à profit après l'excision de volumineuses tumeurs ou la destruction de certains clapiers purulents, fongueux. Ce sera à l'avenir de prononcer. (*Edinburg med. journ.*, novembre 1881.)

Greffes osseuses. A défaut d'avoir pu les réaliser le premier sur l'homme, M. Ollier a tenu à rappeler, par l'historique de la question, qu'il avait tenté de le faire expérimentalement avec le périoste. Elles n'ont échoué autrefois que par les emprunts faits à des os d'animaux, bœuf, veau ou chien. L'insuccès des greffes entre animaux d'espèce différente en est la preuve. La transplantation de fragments d'os humains munis de leur périoste, surtout de sujets jeunes, sont les conditions essentielles pour les réaliser, soit qu'on les emprunte au sujet même, soit à une personne ou un membre étranger. En prévenant la suppuration avec la méthode phéniquée, la greffe s'opère, le fragment osseux se soude et reprend ses adhérences avec les tissus vasculaires qui l'entourent, comme les essais de Macewen l'ont démontré. (Voy. *année* 1881.)

Elles seront le plus faciles avec des lambeaux osseux régulièrement taillés et placés dans une loge méthodiquement délimitée avec le bistouri, sous le nuage phéniqué, au milieu de tissus sains et non contusionnés.

Les transplants devront être pris sur des sujets jeunes et constitués par des tissus ayant un grand accroissement en puissance. La prolifération cellulaire, dans ces conditions, sera la plus effective et abondante. Les éléments de la couche ostéogène du périoste, organe de l'accroissement de l'os en épaisseur, contribueront surtout à ce résultat. (*Acad. des sciences*, 1881.)

Greffes conjonctivales. Déjà réalisée par Wolf en Angleterre, cette transplantation de la conjonctive du lapin a été faite sur l'œil humain par le docteur Marc Dufour, dans quatre cas, dont deux symblépharons. L'adhérence étant disséquée, on applique sur la surface dénudée un lambeau de la muqueuse oculaire du lapin fixée en place par des sutures. L'opération échoua sur une femme âgée, quoique le lambeau eût été suturé avec des fils de soie; il se nécrosa.

Sur un enfant de onze ans, le lambeau transplanté fut fixé à la fois sur l'œil et la paupière. Le succès fut complet, et, deux mois après, le lambeau vivait parfaitement.

Après l'ablation d'un épithélioma des lèvres chez un homme, la muqueuse buccale prise sur le malade même fut transplantée sur une petite tumeur de la lèvre inférieure. Succès complet; mais une récidive survenue un an après exigea la même opération, avec un fragment de la muqueuse labiale, qui réussit également.

Il s'agit seulement de ne pas faire la transplantation immédiatement après l'incision et de fixer d'avance les fils de soie au lambeau à transplanter. (*Revue méd. de la Suisse romande.*)

GROSSESSE. *Frottement péritonéal.* Chez deux femmes à terme et dont le travail avait même commencé avec des accidents de péritonite, M. A. Herrgott fils a perçu par l'auscultation et la palpation de l'abdomen, en le déprimant légèrement, un bruit de frottement rugueux, isochrone à la respiration. Il résulte manifestement des deux surfaces internes du péritoine, enflammées, distendues par l'utérus gravide et ayant perdu leur poli habituel. Ce nouveau signe du début de la péritonite serait donc une indication, en pareil cas, de terminer rapidement l'accouchement, afin de soustraire l'utérus et

le péritoine aux fâcheux effets d'un travail prolongé.

Des bruits analogues ont déjà été perçus assez fréquemment par Kœberlé dans le péritonisme, de même que dans la péritonite tuberculeuse. Il devrait se rencontrer de même dans les kystes ovariques quand le péritoine est enflammé. Le bruit de cuir neuf se distingue ainsi dans la péricardite, alors même que la lésion est très limitée. (*Soc. de méd. de Nancy*, février, et *Revue méd. de l'Est*, n° 8.)

Grossesse extra-utérine. *Gastrotomie suivie de succès.* Une primipare de quarante ans environ, mariée depuis quatorze ans, présentait, au commencement de mai 1881, une grosse tumeur dans la moitié droite du ventre. Très superficielle, cette tumeur était le siège de battements très nets du cœur fœtal sans souffle placentaire. L'absence des règles depuis le mois de décembre et la vacuité de l'utérus placé à gauche, ainsi que l'impossibilité d'obtenir le ballottement, étaient donc autant de signes d'une grossesse extra-utérine de six mois et demi environ.

Cette grossesse suivit normalement son cours, et des douleurs se manifestèrent le 13 juillet. Le docteur Beisone, chirurgien de l'hôpital de Pinerolo, se transporta à Buriasco et pratiqua immédiatement la gastrotomie par une incision de 14 centimètres de long sur le kyste. Un fœtus vivant et parfaitement à terme en fut extrait, avec un placenta peu volumineux et lâchement adhérent à la superficie interne du kyste vers la fosse iliaque droite. L'opération faite antiseptiquement dura une demi-heure, ainsi que le pansement.

Jusqu'au soir du troisième jour, l'opérée resta sans fièvre, urinant facilement et allant de même à la garde-robe. Mais la fièvre de lait survint bientôt et, en augmentant, emporta cette femme, le septième jour. (*L'Indipendente*, n°s 34 et 35.)

Ce résultat rare, sans être unique, montre le succès d'une grossesse normale en dehors de la matrice, dans un kyste spontané de l'ovaire pouvant la remplacer. Il eût été instructif de vérifier la cause de la stérilité antérieure; mais l'autopsie ne put être faite.

H

HALLUCINATIONS. *Pathogénie.* Des différentes théories émises sur leur production, le docteur Sizaret n'en trouve aucune de probante, à défaut de preuves expérimentales. Elles débutent ainsi par l'élément psychique pour certains aliénistes imitant Esquirol; d'autres les fixent d'abord dans l'élément sensoriel. Il en est même, comme M. Baillarger, qui les placent dans l'un et l'autre en accordant le premier rôle à l'intelligence. En en plaçant le siège anatomique dans les couches optiques, comme MM. Luys et Ritti, c'est évidemment donner la prééminence à l'élément sensoriel. C'est ce que le professeur Ball a confirmé par le fait suivant :

Un malade, ayant reçu pendant son enfance, à l'école, un soufflet sur l'oreille, eut bientôt une fièvre typhoïde, suivie d'otorrhée purulente et de perforation du tympan. Depuis, cet homme est devenu lourd, paresseux, indifférent à tout. Le calme de son esprit n'est traversé que par des accès de violence, avec hallucination de l'ouïe du côté malade. Il entendit d'abord des bourdonnements, puis les bruits d'un ruisseau, bientôt des voix, et se crut interpellé par les personnes qui passaient à côté de lui.

Soumis à un traitement approprié à sa maladie d'oreille, il voit ses hallucinations diminuer à mesure que le mal s'améliore. Ces hallucinations limitées au côté gauche étaient donc liées manifestement à l'état de l'oreille.

Sauf quelques fausses perceptions purement sensorielles de l'ordre le plus élémentaire, les hallucinations exigent, suivant l'auteur, une prédisposition individuelle, cérébrale ou psychique, pour se produire. C'est une excitabilité spéciale rendant l'encéphale apte à réagir au moindre prétexte et à transformer sur-le-champ les impressions fournies par les organes des sens. Une sensation mettant en mouvement le mécanisme automatique des centres nerveux est aussi nécessaire. C'est toujours un phénomène pathologique. Les hallucinations et les illusions se confondent ainsi. Toutes les

lésions de l'écorce cérébrale, des couches optiques et des centres sensoriels, sinon des fibres les reliant aux parties voisines, lésions de la moelle épinière et des nerfs périphériques, maladies des organes des sens, seraient autant de causes pouvant leur donner naissance, en réagissant sur un terrain prédisposé. (*Acad. de méd.*, février.)

Des hallucinations provoquée expérimentalement *par suggestion* chez des hystéro-épileptiques hypnotisés sont la preuve pour M. Sizaret, médecin en chef de l'asile de Maréville, que l'origine de ce phénomène est purement psychique ou idéal. En voici des exemples :

Berthe C..., hystéro-épileptique, âgée de vingt ans, étant en état de somnambulisme artificiel, est avertie par l'opérateur qu'elle verra le portrait de sa mère au-dessus de son lit. Eveillée, elle se précipite vers son lit, grimpe dessus et couvre la muraille de baisers en s'écriant : « Maman, maman. » La même malade, soumise deux autres fois à la même expérience, a obéi aussi ponctuellement aux suggestions qui lui avaient été données pendant son sommeil.

Emilie V...., vingt-deux ans, hystéro-épileptique, est hypnotisée par le professeur V. Parisot (de Nancy), par la pression des globes oculaires. Il la prévient qu'elle verra un oiseau bleu dans le dortoir à son réveil. L'hallucination s'est effectivement produite telle qu'elle avait été suggérée, et, après avoir poursuivi l'oiseau, éveillée, la malade finit par le saisir et le rapporter. (*Soc. de méd. de Nancy*, 24 mai, et *Revue méd. de l'Est*, nº 16.)

L'origine est donc bien ici purement spiritualiste ou psychique; mais, des faits comme celui de M. Ball montrant qu'elle est aussi indubitablement sensorielle, il est démontré que les hallucinations peuvent être psycho-sensorielles à la fois, comme elles le sont séparément. Voy. HYSTÉRIE.

HÉMIPLÉGIE. *Etat du côté sain.* Depuis 1860 qu'il était médecin d'un hôpital de paralytiques, à Londres, M. Brown-Séquard a trouvé que, dans tous les cas d'hémiplégie dépendant d'une lésion encéphalique unilatérale, le côté considéré comme sain présentait, en

réalité, un peu de paralysie, surtout au membre inférieur. Le membre supérieur participe presque toujours à cet état de parésie, mais en général à un moindre degré. Les hémiplégiques ont donc, outre la paralysie typique croisée, une paralysie directe légère. Quant à l'explication de cette parésie directe consécutive à une lésion cérébrale en foyer, il l'a rapportée d'abord à une simple influence inhibitoire exercée sur la moelle par l'encéphale; plus tard, il survient une altération de nutrition et de structure de la moelle, grâce à une influence semblable à celles qu'exercent les lésions encéphaliques sur la nutrition de la peau, du tissu cellulaire, des muscles, des nerfs, des os et des articulations.

M. Charcot affirme l'exactitude de cette observation clinique. La plupart des hémiplégiques sont des diplégiques, surtout pour le membre inférieur. M. Pitres a démontré, en effet, qu'à la suite d'une lésion cérébrale unilatérale, la sclérose descendante n'affecte pas toujours exclusivement le côté opposé de la moelle, mais qu'elle est souvent bilatérale. Il est probable aussi que, dans les cas de paraplégie consécutive à une hémiplégie, on a affaire à des myélites transverses par propagation, à une myélite diffuse venant compliquer la myélite systématique; la paralysie de la vessie, assez fréquente alors, en serait encore une preuve. (*Soc. de biologie*, 21 janvier.)

Recherches nouvelles sur les hémiplégies émotives. Suivant M. Luys, l'état mental des hémiplégiques de cause cérébrale varie suivant que la lésion siège à droite ou à gauche. Les premiers sont calmes, tranquilles, apathiques ; l'impressionnabilité des seconds est souvent excessive. Il suffit de les aborder et les interroger pour qu'ils ébauchent un sourire, crispent leurs traits ou fondent en larmes. Le calme ne venait qu'après cette décharge émotive opérée. Ils éprouvent aussi des troubles persistants, incoercibles, et comme des accès de manie qui font fuir, en trébuchant, ces malheureux impotents et paralysés, à l'approche de leurs persécuteurs imaginaires. On les voit ainsi trouver la mort, en se précipitant par une fenêtre, dans ces accès.

La lésion rencontrée ordinairement dans ces cas est

une hémorrhagie de l'hémisphère droit, qui détruit une partie du corps strié ou décolle la capsule externe du noyau extraventriculaire et agit par compression. On trouve en outre constamment un foyer d'hémorrhagie ou de ramollissement dans la partie profonde de la première circonvolution temporale droite, au niveau des régions supérieures de la scissure de Sylvius. Certaines fibres de la capsule rayonnante de Reil, aboutissant à la partie postérieure de la couche optique, sont ainsi détruites, et c'est à elles que l'on a fait un rôle dans la propagation intra-cérébrale des impressions sensitives. De cette lésion dépendrait donc la suractivité émotive.

Dans toutes les autopsies d'hémiplégiques à droite, où se rencontre une destruction plus ou moins complète de la première circonvolution temporale gauche, une exaltation semblable des facultés émotives ne s'observe jamais pendant la vie. L'auteur localise ainsi cette faculté dans la première circonvolution temporale droite, et il espère qu'un jour l'on pourra définitivement *décrire* dans cette circonvolution les centres modérateurs des facultés émotives, au même titre que Broca a localisé dans le pied de la troisième circonvolution frontale gauche le centre du langage articulé.

HÉMOGLOBINURIE. Malgré l'attention soutenue, prêtée partout, depuis ces dernières années, à cette étrange maladie, aussi obscure dans sa pathogénie et son siège que claire et évidente dans ses effets, ses diverses manifestations ne peuvent guère s'expliquer, à mesure qu'on l'étudie et que les faits se multiplient, qu'en la divisant en formes ou variétés distinctes. Le fait nouveau du lendemain infirme souvent celui de la veille et la théorie que l'on s'était trop empressé d'édifier d'après lui. Que d'hypothèses ainsi détruites, d'appellations oubliées, d'après cette diversité des faits! Si l'épithète de paroxystique, *a frigore*, semble définitivement admissible dans la plupart des cas, d'après la description si nette et précise donnée par M. Mesnet, sur le fait observé par lui l'année dernière, elle ne saurait s'appliquer à tous les autres indistinctement. L'influence du froid sur les accès, qui est la règle démontrée expéri-

mentalement par lui, en les faisant naître à volonté chez son malade, et confirmée par M. du Cazal sur un militaire en l'envoyant se promener dans la cour pendant la visite du matin, souffre néanmoins quelques exceptions. Le fait de M. Lépine suffit à prouver le contraire. (Voy. *année* 1880.) L'apparition passagère, accidentelle d'urines hémoglobiniques au début de certaines fièvres et d'empoisonnements aigus, disparaissant définitivement avec eux, est aussi contradictoire de paroxysmes et d'accès. Ces adjectifs ne conviennent donc pas à tous les cas d'hémoglobinurie, quoique les caractères des urines et leur réapparition intermittente s'observent dans la très grande majorité.

De là la distinction déjà faite par le docteur Dreyfus-Brisac entre l'hémoglobinurie paroxystique, *a frigore*, locale et persistante, produite par la congestion ou coup de sang des reins, et l'hémoglobinurie passagère, accidentelle, générale, résultant de causes souvent éphémères, comme un accès fébrile, la fièvre bilieuse hématurique notamment, l'ictère hémaphéique etc. La première, formant le type nouveau, s'observe généralement chez les individus paludiques, syphilitiques ou entachés d'autres diathèses analogues, encore ignorées. La seconde, au contraire, connue depuis longtemps, se confond avec l'affection générale dont elle était regardée simplement comme le symptôme, en disparaissant avec elle. Le froid et les accès manquent souvent dans ces cas, et l'hémoglobinurie semble plutôt un épiphénomène que la maladie principale. (*Gaz. hebdomad.*, n° 16, 1881.)

Deux maladies distinctes, avec urines brunâtres par la dissolution de l'hémoglobine, sont donc en présence. Elles résultent sans doute d'une altération commune des globules rouges du sang ou hématies, signalée par Murra; mais la cause de celle-ci paraît bien différente et variable. A moins de parvenir à montrer, par une étude ultérieure, que l'ancienne se rattache à la nouvelle en se manifestant spécialement chez les diathésiques entachés du paludisme, de syphilis, d'alcoolisme ou de tout autre *locus minoris resistentiæ*, on ne peut guère les réunir. Dans ce dernier cas d'ailleurs, elle serait plutôt un symptôme qu'une véritabe lentité pathologique nouvelle, d'autant

plus que jusqu'ici la quinine et le mercure sont à peu près les seuls remèdes qui se soient montrés efficaces contre l'hémoglobinurie, en s'adressant aux deux diathèses qui sont reconnues la provoquer le plus souvent.

C'est en ne tenant pas compte de ces faits, aujourd'hui acquis au débat, que l'on a vu donner à la première une physionomie symptomatique tellement personnelle qu'elle défie toute ambiguité, toute confusion. L'hémoglobinurie passagère dans certaines affections n'en serait alors qu'un symptôme éphémère qui peut être attribué à leur action locale sur le rein, le glomérule étant spécialement lésé, ou sur les globules rouges et que l'on met de côté. On néglige l'étiologie, sans remonter plus loin que le froid. Dès qu'il est prouvé, cela suffit, comme chez le malade de M. Bucquoy, qui eut des hématuries pendant un an, chaque fois qu'il allait sur le boulevard. On ne s'inquiète pas, du reste, à savoir comment il guérit spontanément, sans rechute ni récidive depuis, malgré toutes les intempéries éprouvées jusque sur les pontons de Cherbourg et la syphilis acquise depuis. (*Soc. méd. des hôp.*, décembre 1881.)

Quant à la manifestation multiforme d'urines hémoglobiniques, avec ou sans albuminurie, on ne cherche nullement à l'élucider. La solution est ainsi trouvée d'ores et déjà pour les esprits superficiels, tandis qu'elle reste plus que jamais embrouillée pour ceux qui envisagent le complexus entier de la question.

Le fait suivant, observé à Boston par le docteur Gordon Morrill, sur un homme de trente-neuf ans, montre qu'elle n'est pas si simple. Il avait toujours joui d'une parfaite santé, lorsque, parti en Californie en 1877 pour exploiter des mines, il se trouva exposé pendant quatre ans à toutes les intempéries et les anxiétés dans une contrée marécageuse. Il contracta les fièvres avec gonflement de la rate et prit de grandes quantités de quinine. Revenu à Boston en octobre 1881, pâle, maigre et anémique, il fut pris bientôt de frissons irréguliers, avec céphalalgie, nausées, malaise, pouls à 110, température 101° Fahr., sans hypertrophie de la rate. 10 centigrammes de quinine, quatre fois par jour, mirent fin à ces accidents; mais, dès le 3 novembre, il rendit pour la pre-

mière fois des urines sanguinolentes, qui redevinrent subitement claires dans la nuit. 20 gouttes de perchlorure de fer furent ajoutées à la quinine, et, huit jours après, il apportait un spécimen de ses urines de la veille. Elles étaient d'un rouge noir, albumineuses, légèrement acides et d'une gravité spécifique de 1025, avec un dépôt ou sédiment brunâtre de matière granuleuse, amorphe, sans globules ni cristaux au microscope. Elles étaient devenues claires depuis. Chaque accès avait été précédé d'un léger frisson et de vives douleurs dans le dos; les pieds étaient même humides et froids.

Néanmoins le même traitement fut continué, et, dès le 15 décembre, le malade était guéri de ses accès et se trouvait parfaitement bien, sans aucun trouble urinaire ni récidive, jusqu'au mois de février suivant, malgré le froid. (*Boston med. and surg. journal.*)

Chez un soldat allemand, tenu en observation rigoureuse et prolongée, à l'hôpital d'Erlangen, par le docteur Fleischer, les accès d'une hémoglobinurie bien constatée se manifestaient à volonté en dehors du froid et par le seul fait de certaines marches, tandis que d'autres exercices plus actifs et laborieux ne les produisaient pas. L'état général et l'aspect du malade étaient à peine changés, et le passage de l'urine sanguinolente ne s'accompagnait ni d'élévation du pouls ou de la température, ni d'aucun dérangement appréciable. Le sérum d'un vésicatoire formé pendant l'accès présenta au microscope de l'hémoglobine, comme dans l'urine. Ce fait et l'absence d'éléments morphologiques dans l'urine, le défaut de douleurs dans les reins, la présence de l'albumine et l'hémoglobine et leur disparition simultanées font ainsi considérer cette maladie comme une affection primitive du sang, d'autant plus que cette présence de la matière colorante du sang peut résulter de l'action de certains agents chimiques et toxiques, comme l'influence paludéenne ou syphilitique. (*Berlin. klin. Woch.*, nº 47, 1881.)

Ne serait-il pas préférable, jusqu'à nouvel informé, de s'en tenir au titre principal, sans qualificatifs, car jusqu'ici ce sont des catégories artificielles et inutiles. C'est du moins l'avis du professeur Henrot après le cas

qu'il en a observé. (*Notes de clinique médic.*, Reims, 1881.)

HÉMORRHAGIES FOUDROYANTES. *Ulcération des artères par le pus.* Deux hémorrhagies foudroyantes de l'artère poplitée, observées par le docteur Humbert, ont été l'occasion d'une discussion intéressante qui ne s'était pas reproduite depuis 1864, sur ce grave sujet, recélant encore bien des inconnues. L'étiologie est loin d'en être unique. L'anatomie pathologique de ces cas n'a pas toujours été faite avec le soin nécessaire et le mécanisme de l'ouverture précisé d'une manière positive et indiscutable, comme ces exemples en fournissent la preuve.

Dans le premier cas, l'origine n'est pas douteuse, puisque le malade mourut d'hémorrhagie et que l'autopsie révéla une perforation de l'artère poplitée. Mais ce fut tout le contraire dans le second. Il s'agissait d'un rhumatisme du genou chez un jeune homme, ayant amené un gonflement à la partie inféro-postérieure de la cuisse. Croyant avoir à faire à un abcès, le chirurgien l'ouvrit, et il ne sortit que du sang épanché. L'opéré guérit, et l'origine de cette hémorrhagie ne put être vérifiée. Mais l'absence de pus et la guérison spontanée, sans anévrisme consécutif, montrent que ce fait ne rentre pas dans la catégorie de ceux dont il est question.

Un exemple analogue s'est présenté au docteur Th. Anger, chez un malade, avec une tuméfaction sous-périostée au-dessus du condyle interne du fémur. Il l'ouvrit largement, croyant aussi à un abcès, et une hémorrhagie abondante en résulta. Le tamponnement et la compression l'arrêtèrent heureusement, et le gonflement survenu de la partie inférieure du fémur indiqua ensuite une tumeur sanguine de l'os.

Tel paraît aussi le fait observé, il y a deux ans, à l'hôpital Saint-Louis par M. Marchand, chez un homme de trente-trois ans, pâle et anémique, ayant une tumeur au niveau de la tête du péroné. Croyant à un abcès sous-périostique, il l'incisa, et un jet de sang artériel fit irruption, sans que la tumeur eût aucun caractère de l'anévrisme. La ligature de la fémorale entraîna la gangrène

du membre, dont l'amputation détermina la mort. On trouva une rupture spontanée de l'artère poplitée.

Mais, dans deux autres cas, Th. Anger a observé des hémorrhagies foudroyantes et mortelles, dans la cavité d'abcès. La mort survint ainsi brusquement, par hémorrhagie de la fémorale, chez un phthisique de dix ans, atteint de coxalgie suppurée, et chez une fille de onze ans, également tuberculeuse, avec fièvre. Une hémorrhagie foudroyante se manifesta de même l'an passé, à l'Hôtel-Dieu, dans un abcès par congestion au pli de l'aine et dans lequel un drain avait été introduit. Malgré la ligature immédiate de la fémorale par M. Monod, le malade succomba bientôt épuisé.

Un abcès froid, drainé à la partie moyenne du bras, offrit au même observateur une hémorrhagie abondante d'une branche de l'humérale. Il lia celle-ci; mais l'opéré succomba dans la nuit à une autre hémorrhagie.

De là la question de savoir si le contact du pus provoque seul la perforation de l'artère ou si ses parois, devenues tuberculeuses, ne se perforent par ce fait, ou bien si l'action du drain sur le vaisseau, invoquée par M. Després, ne le corrode pas. Des trois faits cités, un seul est douteux, le drain ne touchant même pas au vaisseau dans les deux autres. L'hémorrhagie s'étant produite le plus souvent sans cet engin, il n'y a donc à en tenir compte que pour mémoire.

Reste la tuberculisation des parois artérielles. Leur dénudation dans les foyers purulents et dans les cavernes pulmonaires suffit bien à expliquer leur ulcération. L'artère résiste tant qu'il n'y a pas fièvre, septicémie, état général grave, dit M. Verneuil. Autrement, sa membrane protectrice se résorbe, sa paroi se ramollit : d'où l'hémorrhagie.

Il n'est pas encore démontré que la tuberculose se développe dans les parois des grosses artères. Les observations minutieuses de Payne Cotton sur les phthisiques de Brompton, morts d'hémoptysie foudroyante, par anévrismes et perforation des artères disséquées au milieu des cavernes tuberculeuses, n'en font aucune mention. Le vaisseau était à nu, disséqué dans une plus ou moins grande étendue, avec dilatation et parfois

constriction au milieu. (Voy. *années* 1866, 1868 et 1869.) Si le tubercule eût pu se développer, c'eût été évidemment surtout dans ces conditions. Rien n'est donc moins probable que cette tuberculose locale, dont aucun observateur ne parle, à moins que la technique moins avancée alors de l'histologie n'en ait empêché la constatation. C'est une nouvelle étude à faire, surtout dans les cas d'hémoptysie foudroyante et anévrismale.

Quant à la réalité de la perforation des parois artérielles dans les foyers purulents, donnant lieu à ces hémorrhagies foudroyantes, elle est démontrée par le tableau suivant des observations publiées à ce sujet et recueillies par le docteur Monod, avec leur bibliographie à l'appui.

Abcès par congestion ou d'origine ancienne			48
Adénites	cou.	1 (septicémie) / 4	5
	aine.	simple	1
		bubons	4
		gomme	1
Amygdalites primitives			4
Artère poplitée		sans séquestre (1 septicémie). / par séquestre	5
Carie vertébrale		artère vertébrale	1
		aorte	2
Carie du rocher		carotide interne	15
Fémorale et branches			12
Humérale			2
Nécrose du maxillaire inférieur		dentaire	1
		carotide interne	1
Suppurations diverses		linguale	4
		axillaire	2
		intercostale	1
		cubitale, radiale	2
		temporale profonde	1
Suppurations secondaires. Fièvre scarlatine. — typhoïde		amygdale	1
		parotide	2
		cou (adénite)	1
		médiastin (aorte)	1

Il est à prévoir que, dans quelques cas, l'ouverture du vaisseau a pu résulter d'un corps étranger ou d'une esquille; mais sa spontanéité dans le foyer purulent n'est pas douteuse. L'influence de la septicémie peut bien amener des altérations des capillaires; mais comment expliquer son action sur les gros vaisseaux? Ces

hémorrhagies foudroyantes sont très rares dans les phlegmons. Trois cas d'ouverture de la radiale, la cubitale et la temporale profonde ont seuls été rencontrés. Si des aiguilles osseuses peuvent perforer l'artère dans les caries vertébrales et du rocher, il n'en est pas moins constaté que le contact du pus suffit à perforer la carotide. (*Soc. de chir.*, octobre.)

Il est ainsi permis de juger que ces cas sont assez fréquents, d'après le nombre de ceux qui ne sont pas publiés. La relation d'une hémorrhagie foudroyante de la gorge, survenue pendant la convalescence d'une scarlatine, avec abcès local, chez un homme de trente ans, et arrêtée heureusement par la ligature de la carotide gauche, a suffi à en faire rappeler plus de 30 cas. A l'hôpital des fiévreux, où cet exemple est survenu, 6 cas ont été recueillis pendant les dix dernières années, d'après le docteur Mahomed, sur 3957 cas de scarlatine, tous mortels, excepté ce dernier. Ce moyen est pourtant loin d'être infaillible, les hémorrhagies secondaires n'étant pas rares même par la simple tension du vaisseau. Dix autres cas cités de cette hemorrhagie foudroyante et mortelle montrent bien sa fréquence et sa gravité. (*Clinical Soc.*, 27 octobre.)

Hémorrhagies du pancréas. Voy. PANCRÉAS.

HERMAPHRODISME. *Impédiment à la déclaration du sexe à la naissance.* A mesure que cette malformation sexuelle est mieux connue, les exemples s'en multiplient par leur publication et deviennent plus fréquents en apparence. Ce n'est pas l'hermaphrodisme vrai sans doute, dans sa véritable acception, comme il se rencontre dans le monde si brillant et parfumé des fleurs. Il ne saurait exister à ce titre dans l'espèce humaine, type de la sexualité distincte, séparée, au physique et au moral. L'individu qui réunit partiellement les organes des deux sexes n'en a ordinairement aucun. Au lieu d'être à la fois homme et femme, il n'est ni l'un ni l'autre; c'est un neutre, c'est-à-dire un monstre.

Il s'agit donc ici de l'hermaphrodisme faux ou apparent, comme les progrès de la science, la tératologie en particulier, l'ont établi. En discréditant l'imagination,

elle a détruit la croyance superstitieuse des incubes et des succubes et montré que, sous les plus fausses apparences, un sexe distinct et prédominant existe dans la généralité des cas. C'est pourquoi, devant cette promulgation scientifique de Geoffroy Saint-Hilaire, on s'en préoccupait peu autrefois, et l'obligation imposée par la loi française : de déclarer le sexe de tout enfant à sa naissance, a souvent fait remplir cette formalité si légèrement que des garçons ont été pris pour des filles et réciproquement, suivant les apparences. Un simple vice de conformation les a fait enregistrer comme tels, alors qu'il était impossible de déterminer le sexe d'une manière précise et certaine. L'hypospadias scrotal et la rétention des testicules, le développement du clitoris et la rétention des ovaires ont été les plus fréquentes causes de ces erreurs monstrueuses. Et toutes ces victimes sont dès lors condamnées à être élevées, vivre, s'habiller, se marier sous ce faux sexe, le plus souvent d'homme à homme, à défaut de pouvoir faire constater ni réformer légalement leur véritable état civil, car la loi est infaillible et ne reconnaît jamais ses erreurs.

Obligé de traiter de cette difformité de l'appareil génital et de ses diverses variétés dans la *Stérilité humaine*, dont elle forme une cause plus fréquente qu'on ne le croit chez les deux sexes, nous avons été frappé, devant le nombre effrayant d'exemples qui s'en trouvent relatés dans les annales de la science, du danger qu'il y avait pour la société autant que pour les individus à être inscrit ainsi, sous un sexe qui n'est pas le sien. Plus de vingt observations authentiques en sont relatées dans notre ouvrage. La plus récente, d'Ernestine Guériot, déclarée fille, élevée et mariée comme telle à dix-sept ans et demi, et qui, devenue veuve, s'éprit passionnément des femmes au point d'avoir des rapports sexuels avec elles, en est la plus frappante. Présentée à l'âge de quarante ans à la Société de chirurgie, le 8 juin 1881, par le docteur Magitot, cette prétendue femme fut reconnue par les plus doctes chirurgiens être un homme véritable, pourvu de tous ses attributs, malgré sa voix féminine et ses seins volumineux, avec mamelon et aréole. Leur mollesse, sans avoir jamais allaité, et leur garniture de poils noirs, comme

sur tout le reste du corps, une barbe touffue notamment, indiquaient assez l'erreur. L'examen local montra en effet un pénis volumineux comme celui d'un enfant de douze ans, presque dépourvu de prépuce et entrant facilement en érection, tout en se courbant en bas, comme le clitoris. Une ouverture au-dessous, servant à l'émission de l'urine, le distinguait parfaitement ainsi qu'une éjaculation réelle, provenant d'un testicule à droite du scrotum, divisé en deux et simulant les grandes lèvres.

Il a suffi de cette curieuse exhibition pour que plusieurs des membres présents aient pu relater une dizaine de faits semblables, c'est-à-dire d'hypospades vivants, déclarés comme filles et persistant à s'habiller et être considérés mystérieusement comme telles, quoique bien évidemment d'un sexe opposé. Un Parisien de vingt ans courait ainsi les rues de Londres, à cette époque, sous des habits de femme. Dès que les chirurgiens de Paris sont aussi fréquemment consultés à ce sujet, on se demande si le danger de cette méprise n'existe pas également ici pour les vrais garçons en quête d'une compagne.

Ce danger est d'autant plus grave que ces êtres difformes, incomplets, présentent ordinairement les caractères opposés de leur vrai sexe. Les hommes sont efféminés, avec les formes arrondies, délicates, aux chairs molles; voix grêle, aiguë; caractère timide, barbe rare, organes génitaux peu développés ou imparfaits. Les femmes, au contraire, sont hommasses, aux formes masculines, voix grave, rauque, ayant barbe et moustaches, le corps velu comme leurs seins, avec l'audace et la désinvolture masculine. Ces perversions physiques, correspondant à des aberrations morales identiques, entraînent d'autant mieux l'erreur persistante du vrai sexe.

Ces méprises exposent d'ailleurs à bien d'autres désordres en dehors du mariage. Que l'un ou l'autre de ces individus mal sexués entre dans les ordres religieux ou enseignants, et la morale sera gravement compromise. Si c'est un homme-femme admis au séminaire, que deviendront les jeunes lévites à son contact, comme dans toute autre congrégation ou monastère ? Ce sera bien plus dangereux si c'est une femme-homme, comme Badré ;

voilà aussitôt le feu au couvent, consumant toutes les nonnes! Ce sera bien pis encore si c'est à l'école. Que serait-ce à la caserne, si l'examen préalable du recrutement n'assurait heureusement contre une semblable erreur! Ces suppositions, loin d'être gratuites, se sont déjà réalisées. Témoin le moine d'Issoire, qui accoucha dans sa cellule, au rapport de Montaigne, et ce soldat hongrois mettant un enfant au monde en plein champ.

Devant ce péril social, exposant un homme à s'unir monstrueusement à un autre par le mariage, comme plusieurs exemples en sont relatés dans notre ouvrage, la loi n'a-t-elle rien à faire au point de vue médico-légal pour empêcher, prévenir ces abominations? Elles résultent évidemment de l'article 57 du Code civil, concernant la naissance, qui soumet à l'obligation commune et sans exception de fixer le sexe dans les trois jours qui suivent la naissance pour la déclaration de l'état civil. Elle ne tient compte ni de l'hermaphrodisme vrai, admis par la science, ni de l'hermaphrodisme simulé ou apparent, dont il est impossible, dans certains cas, de reconnaître ni d'affirmer la nature à si bref délai. Les difficultés sont si grandes parfois que le docteur Lannelongue, chirurgien de l'hôpital Trousseau, mis récemment en présence de deux jeunes enfants, déclarés comme filles, pour s'assurer de leur vrai sexe, n'a pu se prononcer. Après une année d'observation seulement, la descente d'un testicule dans l'une des grandes lèvres apparentes est venue lever tous les doutes en décelant le véritable sexe. Le second restait en observation en juillet 1881. (*Soc. de chirurgie.*)

La règle invariable, absolue, sans restriction ni réserve, de cet article, exigeant l'énonciation du sexe dans la déclaration de naissance, entraîne donc fatalement des erreurs inévitables. La loi semble méconnaître implicitement par là les erreurs ou les bizarreries de l'organogénie et les constatations de la science ou refuser de les admettre. D'où l'enregistrement fautif, erroné de filles prises pour des garçons et encore plus souvent de garçons pris pour des filles, sans que la rectification puisse être faite ensuite. L'erreur subsiste ordinairement d'ailleurs jusqu'à la puberté, les manifestations opposées

qu'elle provoque pouvant seules la faire reconnaître. Mais cette distinction n'est pas toujours facile, malgré l'apparence même de la menstruation. Des congestions, des fluxions peuvent avoir lieu chez certains hypospades, sous l'influence de la puberté, et produire un écoulement sanguin périodique, simulant les règles, comme chez E. Guériot. La confusion a persisté ainsi jusqu'au mariage, et son épreuve n'a pas même suffi le plus souvent à la démontrer, par la mauvaise conformation des époux, leur insouciance ou leur naïveté et surtout le secret gardé ordinairement à cet égard. Elle s'est même prolongée jusqu'à la mort, l'autopsie ayant pu seule déceler le vrai sexe ou son absence.

Il est d'ailleurs bien constaté aujourd'hui que ces difformités apparentes des organes génitaux chez les deux sexes coïncident le plus souvent avec d'autres anomalies cachées pouvant rendre le sexe neutre ou nul. Divers troubles, des perversions ou aberrations génitales en résultent, comme de nombreux exemples le démontrent. Ces individus sont souvent anaphrodites, ni hommes ni femmes, ou tous les deux alternativement. Le sentiment amoureux, l'amour charnel peut exister chez ces disgraciés de la nature aussi bien que chez les êtres complets. Dès qu'ils existent, les organes réagissent sur le cerveau, comme celui-ci à son tour sur eux; mais, dans la réalisation imparfaite de leurs désirs et par les déboires, les affronts qu'ils subissent de leur impuissance même résultant de leurs difformités, ces infortunés sont atteints jusque dans leurs facultés intellectuelles. Frappé dans son orgueil, l'homme se trouve dégradé, et son intelligence, son moral s'altèrent; des perversions génésiaques inattendues s'observent fréquemment ainsi, avec ces anomalies des organes génitaux, même chez des personnes raisonnables.

Devant tous les malheurs pouvant résulter d'une simple erreur du sexe dans la déclaration de naissance, une restriction formelle à cet article 57, trop absolu, nous paraît indispensable. C'est la mention explicite : *sexe indéterminé ou douteux*, faite dans l'acte de naissance toutes les fois que ce fait est certifié scientifiquement par un docteur en médecine, comme par le médecin vérificateur

des naissances dans les grandes villes. Avec cette réserve explicite, l'individu fille ou garçon ne pourrait se marier ni faire aucun acte civil sans provoquer au préalable un examen contradictoire. Le sexe réel d'Ernestine Guériot eût alors pu être constaté définitivement, malgré l'apparence de la menstruation et ses instincts féminins. La formalité régulatrice de l'article 49 eût reçu son exécution protectrice, en inscrivant immédiatement le vrai sexe en marge, et ce mariage monstrueux de deux hommes ensemble n'eût pas eu lieu.

De grands avantages seraient la conséquence de cette simple mention restrictive. L'examen des parties externes, toujours gonflées, infiltrées confusément au moment de la naissance, en serait d'abord rendu plus rigoureux. Bien des inculpations de rapports contre nature, d'outrages aux mœurs et à la morale publique, encourues fréquemment par ces individus indûment sexués, vêtus contrairement à leur vrai sexe et qui se livrent ou s'attaquent indifféremment à tous les deux, seraient ainsi prévenues, empêchées. Maris et femmes ne courraient plus le risque d'être trompés sur le vrai sexe de leur conjoint, sous la garantie même de la loi, et celle-ci n'aurait plus à redouter l'erreur de consacrer publiquement l'union monstreuse de deux hommes ou de deux femmes.

Que pourrait-on contredire à cette modification de la loi? Invoquer la rareté de ces exemples exceptionnels pour contester la validité et le bien fondé de cette proposition serait une nouvelle erreur, car le nombre exact en est inconnu, par l'imprévoyance même de la loi et son silence. A juger des cas inconnus par ceux qui ont été rendus publics fortuitement, il est à prévoir qu'un bien plus grand nombre passent inaperçus. Comment revenir sur ces unions mal assorties, sans des épreuves aussi humiliantes que le congrès d'autrefois et des débats scandaleux? Les intéressés, souvent peu soucieux de leurs prérogatives sexuelles et conjugales, par les faibles besoins qu'ils en ressentent et les insuccès qu'ils en éprouvent, préfèrent cacher, ensevelir le secret intime de leur infortune, malgré la stérilité absolue qui en résulte fatalement, sinon l'impuissance.

De nombreuses séparations amiables doivent même s'ensuivre dans ces conditions.

Beaucoup d'hommes difformes, incomplets, restent cachés, déguisés sous les habits de femme, en en remplissant toutes les fonctions. Il en est même qui profitent de leur stérilité pour se livrer au libertinage, à la prostitution et à la dépravation la plus audacieuse, comme cette courtisane, chassée de Marseille pour ses débordements, qui, poursuivie à Paris pour les mêmes causes, vint se réfugier à l'hôpital, où le professeur Richet constata que c'était un homme. La femme à barbe, devenue si célèbre, autopsiée en 1861 par M. Th. Anger, était aussi un homme dont les testicules étaient restés dans le ventre. La discussion de la Société de chirurgie a été une véritable révélation sur la fréquence imprévue de ces hommes déguisés en femmes, d'après la loi.

L'hermaphrodisme féminin, en ne provoquant presque jamais les éclatantes démonstrations ou aberrations génitales qui sont l'expression ordinaire de l'hermaphrodisme masculin, diminue surtout le nombre connu. La pudeur innée de la femme le fait en général passer inaperçu chez ses victimes. Elles restent filles sous le nom d'homme qui leur a été imposé par mégarde à la naissance et passent leur vie sous cette fausse apparence dans le célibat, sinon dans la chasteté. Il est assez probable, par cette cause, que la plupart des cas restent ignorés, et que beaucoup de ces femmes imparfaites vivent sous le nom d'homme. La prévoyance de la loi, en en faisant mieux connaître la fréquence par la constatation du sexe douteux à la naissance, empêcherait tous les tristes et déplorables effets engendrés par l'ignorance où l'on est à cet égard. La restriction du sexe, mise à la déclaration de l'état civil, préviendra le plus sûrement les graves méprises d'un sexe pour l'autre. (*La stérilité humaine et l'hermaphrodisme;* un vol. in-12 de 530 pages, avec planches, chez Garnier frères, libraires-éditeurs, Paris.)

HERNIES. *Cure radicale.* L'emploi de la méthode antiseptique contre la kélotomie et ses résultats encourageants dans la chirurgie abdominale ont remis de

nouveau cette question à l'ordre du jour. Le docteur Guénod en examine ainsi les conséquences dans une thèse soutenue à la Faculté de Bâle en 1881. Sur 25 opérations de hernies étranglées, dont 15 inguinales et 10 crurales, 4 décès en sont seulement résultés, par suite de lésions intestinales, et des 21 survivants, 4 n'ayant pu être retrouvés, 14 étaient radicalement guéris, et la hernie s'était reproduite chez 3. C'est donc là un résultat très satisfaisant, qui peut tenir au petit volume des hernies étranglées, à l'étroitesse du collet et à la fermeté des anneaux.

Il n'en est pas de même des grosses hernies irréductibles, donnant lieu à des accidents inflammatoires ou des troubles digestifs, qui seuls justifient la tentative de guérison radicale. Tant qu'une hernie est bien contenue par un bandage, il ne faut rien tenter. Elle peut guérir ainsi spontanément chez l'enfant, et ce n'est qu'en nuisant ou en s'opposant au travail chez l'adulte qu'il est indiqué de tenter la cure radicale. La gravité même de l'opération et l'incertitude du résultat ne permettent de l'entreprendre que dans ces conditions.

Le nouveau procédé ne ressemble en rien sans doute à ces opérations secrètes ou compliquées, accessibles seulement à certains spécialistes. Sa simplicité le met à la portée de tous les praticiens. On met le sac à nu par l'incision ordinaire de la kélotomie ; on le dissèque, on l'isole et on l'ouvre. L'intestin est alors réduit, et l'épiploon lié et réséqué, s'il s'en trouve qui adhère au sac. Ainsi mobilisé, le collet est suturé aussi haut que possible, ou bien étreint dans une anse de catgut, et l'on en pratique l'ablation au-dessous. Quand l'anneau est large et lâche, on en avive les bords, que l'on adosse avec les lèvres de l'incision cutanée. Un drain est placé à la partie inférieure, et un pansement antiseptique et compressif est placé. L'opération est donc infiniment plus simple que dans la hernie étranglée et les suites moins redoutables. En voici les résultats, d'après la pratique du professeur Socin, de Bâle.

Sur 19 opérations ainsi pratiquées contre 17 hernies inguinales et 2 crurales pour en obtenir la cure radicale, il n'y eut aucun cas de mort. Le *primo non no-*

14.

cere demeure donc acquis. 2 des opérés sortis après la guérison de leur plaie n'ont pu être retrouvés. Les 17 autres furent examinés du 9e au 43e mois après l'opération; la hernie s'était reproduite chez 9, après deux à vingt-deux mois. Elle était moins volumineuse et gênante qu'auparavant et pouvait être maintenue par un bandage chez 5 de ces hernieux. Les 8 autres étaient complètement guéris. Les succès sont donc plus nombreux ici que dans la statistique de Czerny, qui, sur 8 cas, accuse 5 récidives.

La cure radicale n'est donc plus un leurre, et ces faits démontrent qu'elle peut être tentée avec succès chez des individus de tout âge, des deux sexes, pour les hernies de toute espèce, que le bandage ne peut guérir ni contenir. Il ne faut pas la proscrire contre une infirmité si pénible, mais en étudier, en préciser les indications et ne pratiquer cette nouvelle opération que dans les cas où elle est parfaitement indispensable. (*Gaz. hebdomad.*, n° 8.)

Injections d'alcool. Elles ont donné 34 guérisons radicales à M. Schwalbe, dont quelques-unes persistent depuis six à sept ans, dans des cas de hernies volumineuses avec orifice très large ; mais le nombre des insuccès n'est pas fixé. On ne peut ainsi apprécier la valeur absolue de la méthode.

Tout ce que l'on en sait, c'est qu'elle réussit le mieux contre les hernies ombilicales et de la ligne blanche; celle de l'aine chez l'homme, formant le plus grand nombre, y sont le plus réfractaires. Ce n'est qu'en renouvelant les injections que la guérison est obtenue. Des essais comparatifs, faits avec l'extrait d'écorce de chêne, n'ont pas donné des résultats plus satisfaisants.

De grandes réserves sont exprimées par Bardeleben sur ce procédé, mais Ranke le tient pour avantageux d'après plus de 100 applications faites par lui. Les seuls inconvénients qu'il en ait observé sont la douleur et l'infiltration des tissus. Un orifice large et le relâchement des tissus en sont des contre-indications pour lui. Gussenbaüer en a obtenu 6 succès en cinq à huit semaines avec rétrécissement de l'orifice. Toutes ces don-

nées doivent donc encourager son emploi. (*Congrès des chir. allemands.*)

Entérectomie ou résection de l'intestin. Après le succès éclatant obtenu l'année dernière, à Strasbourg, cette résection redoutable semble devoir prendre une extension considérable en Allemagne. Trois succès en sont déjà relatés, par suite de gangrène de l'intestin hernié. Si l'opération n'est pas absolument nouvelle en pareil cas, elle est du moins pratiquée avec plus de décision et de sécurité, à la faveur de la méthode antiseptique employée. Ce sera un grand progrès sur l'anus contre nature, si ces succès se confirment.

I. Hernie crurale droite, survenue subitement, en soulevant un fardeau, chez une femme de quarante-huit ans. Signes d'étranglement immédiat. Taxis infructueux et kélotomie quatre jours après. Entrée à l'hôpital deux mois et demi ensuite. Gangrène de l'intestin, avec anus contre nature, dont l'orifice, d'un demi-centimètre de diamètre, est situé à 2 centimètres au-dessous du ligament de Poupart.

Le docteur V. Baum divise l'arcade et le ligament de Gimbernat, attire l'intestin et en résèque 11 centimètres sur son bord convexe et 5 1/2 sur son bord concave. Suture des deux bouts avec de la soie phéniquée. Réduction.

Dès le second jour, émission de gaz; selles liquides le quatrième, et solides le sixième. Six semaines après, l'opérée quittait l'hôpital, parfaitement guérie, malgré une parotidite suppurée intercurrente. (*Berl. med. Wochensch.*, n° 20, 1881.)

II. Femme de soixante-quatorze ans, ayant une hernie crurale droite depuis trente ans, avec accidents d'étranglement depuis trente-six heures, malgré un taxis énergique. Vomissements bilieux, sans péritonite, à l'entrée à l'hôpital. M. Roggenbau procède immédiatement à l'opération, sans nuage phéniqué. On trouve dans le sac de l'épiploon et une anse d'intestin d'un bleu foncé, mais non sphacélé. Une rupture se produit en essayant la réduction. 32 centimètres de l'intestin sont réséqués à son bord convexe, et les lèvres sont suturées avec un fil

de soie bien imbibé d'eau phéniquée, en comprimant les deux extrémités à l'anneau avec une éponge. Débridement de l'anneau et réduction consécutive. Le sac et l'épiploon sont ensuite liés et réséqués. Première selle le cinquième jour, avec l'huile de ricin. Guérison. (*Berl. klin. Wochensch.*, n° 29, 1881.)

III. Hernie inguinale droite, datant d'un an et demi, chez un garçon de vingt et un, et étranglée depuis quatre jours. Vomissements, météorisme, température élevée, rougeur de la peau sur la hernie.

Herniotomie immédiate avec issue d'un liquide trouble et infect. Gangrène de l'anse herniée avec deux perforations. Des fils de soie sont jetés sur les parties saines, et, des ligatures partielles du mésentère au catgut étant faites avant de le séparer de l'intestin, on résèque toute la partie malade. 25 points de suture avec des fils de catgut doubles sont nécessaires pour réunir les deux bords de la plaie; extirpation du sac et réunion de la plaie, avec drainage à la partie inférieure et injection d'une solution boriquée au 20e.

Les vomissements et la fièvre cessèrent bientôt, et des selles régulières eurent lieu à partir du troisième jour; chute des drains trois semaines après. (*Centralbl. fur chir.*, n° 46, 1881.)

Suture de l'intestin. Une femme ayant eu, trois ans auparavant, un abcès qui avait laissé des cicatrices très profondes et épaisses autour d'une hernie qu'elle portait, éprouva subitement des accidents d'étranglement. Le taxis sous le chloroforme étant resté infructueux, la kélotomie fut pratiquée par M. Trélat. L'anneau, très serré, ne permettant pas la réduction sans ouverture du sac, celle-ci fut faite et découvrit des adhérences très fortes et anciennes de l'intestin, dans une étendue de 2 centimètres 1/2 sur 1 1/2. Malgré toutes les précautions pour les détruire, l'intestin se déchira. La suture en fut faite avec toutes les précautions d'usage, par le procédé de Lembert. Après sept points de suture, la réduction fut faite, et le sac réséqué fut oblitéré par deux sutures profondes à son collet. Un drain fut placé jusqu'à l'orifice péritonéal, pour éviter la stagnation du

liquide. Il le recommande particulièrement après l'avoir appliqué dans quatre cas.

Tout en étant favorable à cette suture de l'intestin, surtout dans les ruptures traumatiques, M. Lucas-Championnière croit que cette pénétration du drain dans la cavité péritonéale est une cause d'insuccès pour la cure radicale. Il suffit de le placer à son niveau. Il préfère aussi l'ouverture du sac. Mais M. Pozzi s'accorde à conserver cette simplification opératoire, quand elle est possible. Une kélotomie faite par lui, sans ouverture du sac et en le refoulant dans l'ouverture, avec la suture du collet, n'était pas suivie de récidive trois mois après. (*Soc. de chirurgie.*)

Un perfectionnement opératoire vient d'être appliqué à cette suture par M. Trèves à la suite de la *colectomie.* (Voy. page 128.)

Hernies irréductibles. *Injections morphinées.* Leur efficacité pour favoriser la réduction après les tentatives infructueuses du taxis, ayant été démontrée dans trois cas par le docteur Philippe, il en publie cinq autres, dont voici les plus remarquables.

Un homme de soixante-cinq ans avait depuis longtemps deux hernies inguinales, qu'il faisait rentrer très facilement. L'une d'elles se trouvant irréductible un jour, le taxis est inutilement tenté pendant un quart d'heure. Une injection de cinq gouttes d'une solution de chlorhydrate de morphine au 50e est pratiquée ; la tumeur aussitôt se ramollit, diminue de volume et est moins sensible. Un quart d'heure après, nouvelle injection de cinq gouttes; réduction facile au bout de quelques minutes.

Chez une femme de quatre-vingt-trois ans, atteinte d'une hernie ombilicale irréductible, des accidents d'étranglement s'étaient manifestés. M. Philippe, appelé seulement le troisième jour, après s'être convaincu de l'irréductibilité par le taxis, fait une injection de cinq gouttes de morphine; dix minutes après, nouvelles tentatives de taxis sans plus de résultat. Il répète alors l'injection à la même dose : la tumeur se ramollit, quelques anses d'intestin rentrent. Il fait le taxis pendant

vingt minutes et injecte pour la troisième fois cinq gouttes. Au bout d'un quart d'heure, dernières tentatives qui font rentrer la tumeur, cesser les douleurs et tous les autres symptômes de l'étranglement. Chez cette malade, il fallut recourir encore, les jours suivants, à quelques injections pour combattre de nouvelles tendances à l'étranglement. Grâce à ces précautions, le quatrième jour tout était rentré dans l'ordre.

Il est évident que, dans beaucoup de hernies étranglées, l'intervention chirurgicale restera toujours l'ultime ressource, mais la méthode des injections morphinées pourra en diminuer les cas. (Thèse inaugurale, par le docteur Boussenot, Paris, 1881.)

Hernie ombilicale. *Guérison sans opération.* Une Irlandaise de trente-deux ans, très grasse et pesant 115 kilos, portait une hernie ombilicale depuis sept ans, survenue à la suite de son troisième accouchement. Cet exomphale s'accrut insensiblement, malgré l'emploi d'un bandage, celui-ci étant enlevé pendant les chaleurs. Elle devient graduellement douloureuse au mois d'octobre 1880, et, des vomissements étant survenus, la malade est admise à l'hôpital général de Boston le 4 novembre. La tumeur a le volume d'une tête d'enfant, formant une masse rouge et enflammée. Pas de selles depuis trois jours. Le taxis, pratiqué par le docteur Bigelow, sous l'influence de l'éthérisation, ne parvient à réduire qu'une partie de la tumeur, dont l'excédent pend jusqu'au pubis. De la charpie est placée dessous, et le surplus est soutenu et comprimé avec des bandelettes agglutinatives. Un large cataplasme recouvre le tout.

Le taxis, renouvelé quatre jours après, est moins douloureux et fait rentrer encore une partie de la tumeur, qui se trouve réduite dès lors au volume d'une pomme. Des selles ont lieu spontanément ensuite, et la température redevient normale.

Le dixième jour, un large bouchon de liège convexe, à sa surface, est appliqué sur la hernie et fixé par des bandelettes et de la ouate. Une large ecchymose, indolore, se forme dessous, quelques jours après, et, dès la fin de

novembre, le sac était invaginé, avec une dépression pouvant contenir 45 grammes d'eau. L'anneau admet l'index.

La cavité formée par l'invagination du sac fut dès lors badigeonnée avec la teinture de cantharides, pour en obtenir la vésication et l'adhésion consécutive. A cet effet, des injections d'ammoniaque et d'iode furent pratiquées à divers intervalles, pendant cinq à six mois consécutifs, et le sac perdit ainsi peu à peu sa tendance à faire hernie, dès que le bandage compresseur était enlevé. Une suppuration abondante s'ensuivit, donnant lieu à deux surfaces granuleuses qui adhérèrent ensemble. L'oblitération du sac forma ainsi un bourrelet de la paroi abdominale interne, qui oblitéra l'anneau, au point que 202 jours après l'entrée, la hernie n'avait plus aucune tendance à sortir. La malade quitta l'hôpital le 6 juin, parfaitement guérie, en continuant de porter un bandage par précaution. (*Boston med. and surg. journ.*, janvier, nº 1.)

Ce procédé peut donc être suivi, sauf le danger de déterminer une péritonite.

HISTOLOGIE. *Manuel d'histologie pathologique*, par Cornil et Ranvier. 2e édition, revue et augmentée, tome II, 1er fascicule, 1 vol. grand in-8º, avec 125 figures dans le texte. Librairie *Germer Baillière.*

La nouvelle édition de cet ouvrage, devenu indispensable à ceux qui veulent se tenir au courant des découvertes acquises dans les lésions microscopiques, avance activement. Aux deux premières parties, parues en 1880, voici la troisième, contenant l'histologie normale et pathologique de l'appareil respiratoire, augmentée de plusieurs divisions comme la pneumonokoniose, l'unité de la phthisie, etc. Cette première section est suivie de la seconde, comprenant l'histologie normale et pathologique de l'appareil digestif. En commençant à la bouche, ce premier fascicule ne va que jusqu'au foie. Toutes les lésions des maladies de l'estomac et de l'intestin y sont décrites. Mais déjà la suite est sous presse, et le complément de l'ouvrage ne tardera pas à paraître dans un dernier fascicule.

L'activité déployée dans la publication de cet ouvrage et l'accession de M. Cornil à la chaire d'anatomie pathologique de la Faculté de Paris sont des garanties que toutes les acquisitions nouvelles y sont enregistrées avec soin. C'est l'ouvrage classique par excellence sur ce sujet.

HOPITAUX. L'*isolement* des malades est aujourd'hui le principal impédiment de ces asiles de la misère et de la souffrance. Avec les progrès et les découvertes de la science actuelle sur la contagion et l'infection, le parasitisme et la virulence de nombreuses maladies, les hôpitaux spéciaux des maladies cutanées et syphilitiques, aiguës et chroniques, d'enfants et de vieillards, sont insuffisants à parer à ces dangers de la transmission de l'un à l'autre. La séparation, l'isolement des malades suivant la nature de leur maladie est la condition indispensable pour la prévenir, car, par leur réunion dans les mêmes salles, ils se contaminent et s'infectent réciproquement, soit par leur contact, soit par l'air qu'ils y respirent.

Malgré les efforts des médecins pour opérer cette transformation des hôpitaux, l'administration française n'a guère réalisé jusqu'ici que l'isolement des varioleux, des teigneux et des galeux, tandis que la plupart des maladies des enfants en sont susceptibles. Leur plus grande aptitude que les adultes à se contaminer, à cause de leur réceptivité spéciale, rend ainsi leur isolement indispensable pour toutes les fièvres éruptives, la diphthérite, le croup, la fièvre typhoïde, qui, en se transmettant avec rapidité, font des hôpitaux d'enfants, réunis ensemble, autant de nécropoles. Dans un seul des trois services des maladies aiguës de l'hôpital des Enfants assistés, le docteur Béclère a montré que, par suite des communications constantes entre les salles, sur 119 enfants atteints de la rougeole en 1881, 52 l'ont contractée à l'hôpital même, dont 30 sont morts. (*Thèse inaugurale sur la contagion de la rougeole*, Paris, 1882.)

De là le danger signalé par M. Marjolin pour les enfants que leurs parents, malades ou soignés dans les hôpitaux, sont obligés de déposer momentanément dans cet

établissement. Ils contractent ainsi des maladies contagieuses, qu'ils transporteront dans leurs familles et ailleurs, en y rentrant. Le lamentable exemple suivant en est la preuve :

La femme Grosse, âgée de vingt-sept ans, accouchée chez elle l'avant-veille, très heureusement, de son quatrième enfant, se sauve, affolée, de son lit, avec son enfant, en voyant lê feu dans la chambre située au-dessus de la sienne. Prise d'accidents graves de péritonite, elle est aussitôt transportée à l'hôpital Lariboisière, le 25 octobre 1881, et son mari travaillant dehors, les trois enfants furent conduits au dépôt le lendemain.

L'aîné avait quatre ans et demi, le second trois ans et demi et le plus jeune deux ans; tous trois étaient très bien portants. Le 5 novembre, ils quittaient le dépôt, et le 10, cinq jours après leur sortie, tous les trois tombaient malades le même jour, et l'aîné mourait le 13 novembre, à onze heures du soir, chez ses parents, présentant un engorgement sous-maxillaire considérable, sifflement, dyspnée intense, et chaque inspiration accompagnée de tirage causé par la présence de fausses membranes occupant toute l'étendue du pharynx. Les deux autres furent aussitôt conduits aux Enfants-Malades, et tous deux succombaient à deux et quatre jours d'intervalle, sans avoir subi aucune opération. Un enfant de la sœur, accourue au secours, fut atteint de même et succombait trois jours après. C'était une petite fille d'un an.

De grandes améliorations ont sans doute été réalisées dans cet établissement, au point de vue de la contamination des enfants entre eux. L'ophthalmie purulente ne s'y communique plus guère. Les enfants syphilitiques sont allaités par des chèvres et des ânesses ; les diphthéritiques sont même séparés des autres dans des baraques construites au milieu du parc, et il serait à désirer qu'il en fût de même pour la rougeole, la coqueluche, etc. Mais tous les enfants qui entrent au dépôt ne sont pas exempts eux-mêmes de maladies contagieuses. Sur les 581 décès arrivés dans cet hôpital en 1881, 394 enfants étaient entrés malades et ont passé directement dans l'infirmerie; 187 seulement étaient tombés malades

dans les salles et les dortoirs. L'installation d'une salle spéciale a même été réclamée, pour observer les enfants suspects de maladies contagieuses à leur arrivée, et une autre, où devront séjourner à leur sortie les convalescents de maladies contagieuses, afin de ne pas devenir des foyers d'infection et de propagation.

Mais tout cela est bien loin de ce qui existe en Russie. M. L. Le Fort a vu à Saint-Pétersbourg et à Moscou les hôpitaux des enfants malades, où l'isolement de toutes les maladies contagieuses est parfaitement réalisé. L'hôpital modèle de Saint-Pétersbourg en particulier, construit sur le plan du docteur Kauchfuss, est formé d'un bâtiment unique, dont la disposition ingénieuse des escaliers rend toute communication impossible entre les divers services spéciaux de la diphthérie, la rougeole, la scarlatine, etc. Un service d'observation existe également pour les entrants avec fièvre, d'où ils sont dirigés dans la salle spéciale qui leur convient, quand la maladie est déclarée.

La question non encore résolue de l'admission à l'hôpital d'enfants au-dessous de deux ans est également réclamée. Il est honteux, dit M. Marjolin en terminant, que dans une ville comme Paris, dont l'édilité consacre des sommes si considérables à des embellissements inutiles, il n'y ait pas de place, dans les hôpitaux, pour des enfants au-dessous de deux ans. De véritables scandales se produisent chaque jour dans les quartiers les plus populeux, au sujet d'enfants malades que l'administration, faute de place, refuse impitoyablement de recevoir à l'hôpital. Il faut que, en attendant la création de nouveaux hôpitaux devenus indispensables, les hôpitaux existants soient autorisés à recevoir des enfants malades au-dessous de deux ans. (*Acad. de méd.*, 25 avril.)

Les avantages de cet isolement résultent clairement du rapport du docteur Hope, directeur de l'institution Netherfield, spécialement affectée aux maladies contagieuses, à Liverpool. Sur 213 malades admis en 1881, atteints de variole et de scarlatine, 32 sont morts et 175 sont sortis guéris, la moyenne du séjour étant de six semaines et celle des malades de 22. D'où l'utilité de ces établissements privés pour les familles, afin d'y

isoler leurs membres atteints de maladies contagieuses. (*Lancet*, 11 mars, p. 407.)

Hôpitaux militaires. Un décret du 27 mai, rendu conformément à la loi sur la nouvelle administration de l'armée, en réglant spécialement le service de santé, modifie profondément le rôle des médecins dans leurs diverses attributions et notamment dans les hôpitaux. En voici les principales dispositions :

Art. 7. — Dans chaque hôpital militaire et dans chaque ambulance, le médecin chef a autorité, en ce qui concerne l'exécution du service et la police de l'hôpital, sur tout le personnel militaire ou civil attaché à l'établissement, d'une manière permanente ou temporaire. Il a l'initiative des propositions pour l'avancement dans la hiérarchie, pour l'admission ou l'avancement dans la Légion d'honneur. Il a le droit de punition disciplinaire attribué aux officiers supérieurs. Néanmoins, en ce qui concerne la police et la discipline générales, ainsi que l'administration intérieure des corps, les infirmiers et troupes détachées ne cessent pas de relever de leurs chefs directs.

Dans les hospices civils auxquels est attaché un personnel militaire, le médecin militaire chef de service exerce son action sur ce personnel dans les mêmes conditions.

Art. 8. — Le médecin chef prend part aux conférences concernant les travaux de construction, d'appropriation, d'affectation et d'amélioration des locaux destinés au service de l'hôpital ou de l'ambulance ; ses avis sont consignés aux procès-verbaux desdites conférences. Il peut également être consulté sur les questions concernant le casernement, au point de vue de l'hygiène des troupes.

Le médecin militaire chef de service dans un hospice civil est toujours consulté sur les projets de convention à établir avec la commission administrative de l'hospice, ainsi que sur les modifications proposées auxdites conventions. Il adresse ses demandes et observations à la commission administrative, et rend compte au médecin directeur du corps d'armée, qui prend, au besoin, les ordres du commandement.

Art. 9. — Dans chaque hôpital militaire et dans chaque ambulance, la gestion est confiée au pharmacien le plus élevé en grade et à l'officier d'administration comptable, chacun en ce qui le concerne, sous l'autorité du médecin chef.

Le médecin chef et les gestionnaires se réunissent périodiquement en commission pour discuter les affaires d'administration. Sur l'ordre du ministre de la guerre, la commission peut, s'il y a lieu, être transformée en conseil d'administration analogue aux conseils d'administration des corps de troupes.

Art. 10. — Toutes les dépenses du service de santé sont ordonnées par le service de l'intendance.

Le fonctionnaire de ce service ordonnateur s'assure de la régularité de toutes les dépenses ; il procède à toute vérification périodique ou inopinée qu'il juge utile, ou qui lui est prescrite par le commandement, pour s'assurer de la présence des hommes, du bon emploi des deniers et du matériel, enfin de la ponctuelle exécution des lois, règlements et instructions relatifs à l'administration.

Le gestionnaire intéressé assiste aux constatations et vérifications faites par le service de l'intendance; le médecin chef y assiste s'il le juge utile ou s'il en a reçu l'ordre du commandement.

Hôpitaux maritimes. Un récent décret vient d'en modifier profondément le service. Tandis que le directeur du service de santé était naturellement responsable devant l'autorité maritime de l'ordre, la tenue et l'hygiène de ces établissements, il était sans action sur ses subordonnés, la direction et la police des hôpitaux ayant été attribuées au commissariat. Tout le personnel hospitalier était ainsi sous ses ordres, sœurs et infirmiers, et les médecins et pharmaciens dépendant du commandement, le directeur n'avait aucune action directe, immédiate. Ce décret rend la direction et la police au corps de santé, qui seront exercées par le directeur ou par l'officier le plus élevé en grade. Le commissaire ne sera plus chargé que de la comptabilité et des écritures, n'ayant sous ses ordres que les employés chargés de les exécuter. C'est

l'harmonie rétablie dans le service de santé de la marine, comme dans celui de l'armée, par la nouvelle loi qui retire à l'intendance les attributions des médecins.

Medical and surgical Reports of the City hospital of Boston. 1 vol. in-8°, de 390 pages, avec de nombreuses planches. 3e année. Boston, 1882.

Similaire des *Annual Reports* des hôpitaux anglais, mais avec des perfectionnements *bibliophiliques* dignes d'être signalés. Beau papier, texte superbe, illustrations splendides d'examens histologiques; photographies de cas curieux et intéressants. Rien d'analogue n'existe en France, sinon les cliniques particulières de tel professeur, médecin ou chirurgien d'hôpital. Et encore n'est-ce là que l'observation et l'esprit d'un seul homme, tandis qu'ici c'est l'ensemble réuni des principaux faits survenus dans un grand hôpital général par les chefs des différents services ou leurs assistants. Les bulletins de la Société de chirurgie et de la Société des hôpitaux y ressemblent davantage par la variété des travaux et le nombre des auteurs, mais sans cette autonomie clinique et opératoire qui distingue les *Reports* de l'hôpital communal de la ville de Boston.

Le fond diffère encore plus que la forme. Ce n'est que la relation sèche et écourtée des principaux faits qui se sont passés à l'hôpital depuis sa fondation, remontant à 1864, réunis le plus souvent sous forme de tableaux synoptiques et statistiques, avec quelques observations à l'appui. La fièvre typhoïde s'y présente ainsi avec 1188 cas, en quinze ans, et une mortalité de 207, proportion bien supérieure à celle des hôpitaux de Paris. Au contraire, 140 cas de diphthérite en 1880 et 1881 n'ont donné que 6 morts, comme les 200 cas de pleurésie primitive des dix dernières années. 132, avec ou sans épanchement, ont guéri par le traitement purement médical; la thoracentèse a été pratiquée dans 64, avec 5 morts, et, dans 6 cas où l'épanchement est devenu purulent, il n'y a eu qu'un décès. C'est donc un total de 6 morts seulement ou 3 pour 100; résultat que les hôpitaux de Paris sont loin d'offrir, malgré un plus fréquent emploi de la thoracentèse.

La chirurgie est de même représentée par la relation des principales opérations exécutées par M. Cheever, qui tient aujourd'hui le sceptre de la chirurgie américaine. Un tableau de 371 amputations des membres, pratiquées de 1864 à 1880, avec leurs résultats différentiels suivant leur nature, se trouve à la fin du volume. Un résumé du docteur Gay montre que, sur 158 opérés de tumeurs dures en cinq ans, dont 91 cancéreux, il n'y a eu que 21 morts. Privés de détails, ces résultats statistiques n'ont de valeur qu'aux yeux des administrateurs. Les tableaux relatifs aux hernies, à l'œsophagotomie et la trachéotomie en auraient davantage, s'ils comprenaient un plus grand nombre de cas. Le rapport de la clinique gynécologique, pendant les cinq années antérieures à 1881, manque ainsi d'intérêt, malgré les faits curieux qu'il contient, en les englobant avec tous les autres. Des cas vulgaires d'avortement, de strangulation, d'asphyxie sont de même confondus avec de curieux faits d'empoisonnement, dans un résumé de 50 autopsies médico-légales.

Le défaut saillant de ces rapports est de paraître faits aux commissaires ou *Trustees* de l'hôpital plutôt qu'à des médecins. Ils ne sont pas assez scientifiques et ne peuvent guère servir aux praticiens. On y trouve peu de travaux originaux, comme l'histologie pathologique de la moelle épinière, qui sert d'introduction à celui-ci. Ce ne sont que des faits et des chiffres bruts, privés de toute interprétation, comparaison ou critique. De là vient sans doute le luxe que les administrateurs mettent à les faire imprimer à si grands frais. Ces rapports sont leur gloire, autant que celle du magnifique hôpital photographié au frontispice et dont ils sont les représentants.

Le 18e rapport financier de ces commissaires (*eighteenth report of the trustees of the City hospital of Boston*), pour l'année finissant le 30 avril 1882, établit que 4 382 malades ont été traités à l'intérieur, 15 étant Français, avec une mortalité totale de 415 et un séjour moyen de 23 jours un quart. 38 676 consultations ou examens ont été enregistrés pour l'extérieur. La dépense totale a été de 694 440 francs, soit un peu plus de 45 francs par semaine pour chaque malade; mais, en diminuant

66 155 francs reçus par les malades payants et quelques autres excédants, la dépense totale de l'hôpital reste à 625 050 francs, soit 40 fr. 55 par semaine pour chaque malade.

Ce rapport, purement financier, du directeur de l'hôpital, contient de plus la statistique détaillée de toutes les diverses maladies générales, spéciales et chirurgicales traitées dans l'hôpital et à la consultation externe, avec le sèxe et les résultats; ce qui n'entraîne pas moins de 50 pages de tableaux statistiques. Il y a donc confusion, ou plutôt double emploi dans ces rapports annuels, qui, avec plus de concision et moins de détails inutiles, n'offriraient que plus d'intérêt. (*Brochure in-8° de 90 pages, Boston, 1882.*)

HYPNOTISME. Loin d'être un fait exceptionnel et pathologique, comme on l'affirme, ce sommeil magnétique, obtenu par divers procédés, indiqués à HYSTÉRIE, serait la règle au contraire lorsqu'il est habilement provoqué. Le docteur Liébault, qui depuis de longues années met, à Nancy, le sommeil provoqué au service de la thérapeutique, a obtenu les résultats suivants en 1880, sur 1014 personnes de tout âge, sexe et tempérament différents :

Réfractaires	27
Somnolence, pesanteur, etc	33
Sommeil léger	100
— profond	450
— très profond	232
Somnambulisme léger	31
— profond	131

Les divers procédés employés consistent généralement dans l'excitation exclusive et monotone d'un sens, la vue ou l'ouïe, surtout pendant un certain temps. L'attention concentrée du sujet sur une idée fixe, comme on le fait souvent volontairement pour amener le sommeil ordinaire, est un adjuvant puissant. L'expérimentateur doit alors exprimer cette idée à plusieurs reprises. (*Soc. de méd. de Nancy*, mai.)

En retentissant profondément sur le système nerveux, ces pratiques ont modifié avantageusement, diminué

sinon guéri certains accidents inhérents aux maladies nerveuses, comme l'agitation, les convulsions, la contracture, ainsi que plusieurs exemples en sont relatés. Voy. VIOL.

HYSTÉRECTOMIE. A peine née et accueillie avec enthousiasme par les succès qu'elle donnait au début, cette opération de Porro est déjà mise en question, non plus seulement en Allemagne (Voy. *année* 1881), mais en France. Et, phénomène bien plus remarquable de l'instabilité des opinions humaines, c'est par l'un de ceux qui, des premiers, ont obtenu les plus brillants succès de cette opération, il y a deux à trois ans, qu'elle est aujourd'hui mise à l'index. Appelé à formuler son jugement sur son emploi, suivi de mort, chez une femme à terme ayant un utérus en bissac et un rétrécissement du bassin rendant la céphalotripsie impossible, M. Lucas-Championnière met en question si, en pareil cas, l'opération césarienne ne serait pas préférable. Revenu de son premier enthousiasme après deux succès obtenus sur quatre cas, soit la moitié, il trouve la statistique exacte de Simpson, donnant 30 guérisons sur 72 cas, peu encourageante pour l'appliquer. Et, mettant en parallèle l'opération césarienne, qui n'a jamais donné un seul succès dans les hôpitaux de Paris, il invoque les perfectionnements que l'on pourrait apporter à son procédé opératoire, surtout avec la méthode de Lister, pour y revenir dans les rétrécissements au-dessous de 6 centimètres, où il juge la céphalotripsie inapplicable, de préférence à l'hystérectomie.

Il réduit et limite l'emploi de celle-ci aux cas d'hémorrhagie formidable, à la rupture de l'utérus et quand le milieu de l'opérée est mauvais au point de vue de l'air ambiant. Et encore donne-t-il le conseil explicite, pour prévenir les insuccès, de remonter l'incision au-dessus du pubis et l'éloigner autant que possible de la symphyse, en ouvrant l'utérus à sa partie supérieure, en en réséquant le moins possible. Plus la constriction s'éloignera de la base, plus les vaisseaux et les nerfs du ligament large seront épargnés, et moins il y aura à redouter non pas la péritonite ni le shock, mais les désordres nerveux

d'ordre réflexe se manifestant par des phénomènes convulsifs, une sorte de tétanos, un affolement du pouls, une élévation bizarre et rapide de la température et de la respiration dont meurent la plupart des hystérectomisées. Il faut encore ne faire le pansement que du cinquième au septième jour, car l'ébranlement du pédicule lui paraît la cause principale des réflexes morbides. Une hémorrhagie du pédicule ayant ainsi obligé de défaire le pansement le jour même dans le cas en question, l'opérée de M. Guichard est morte aussitôt des réflexes viscéraux provoqués par cette manœuvre.

Avec ces modifications et les perfectionnements que l'emploi de cette opération nouvelle pourra suggérer, comme dans l'ovariotomie, pourquoi ne pas espérer des résultats de plus en plus satisfaisants, comme dans celle-ci? Rien de semblable au contraire n'est à attendre de l'opération césarienne, de pratique ancienne et universelle. Sa facilité d'exécution n'est rien en présence des périls qu'elle entraîne. Toutes les modifications proposées n'ont pu même empêcher son accident principal de se produire, l'hémorrhagie entraînant ordinairement la mort. Est-ce en employant la méthode antiseptique de Lister dans toute sa rigueur, le spray y compris, comme le propose M. Lucas-Championnière, qu'il prétend y mettre fin? Le contraire est plus probable. L'hystérectomie, préconisée spécialement pour la prévenir, ainsi que ses effets, lui est donc bien supérieure.

Faut-il invoquer que les opérées guéries se remettent mal? J'ai suivi les deux miennes depuis plus d'un an, dit l'auteur; la première a conservé une grande sensibilité de la région hypogastrique; la seconde a ses règles par le rectum et est devenue hystérique. Sont-ce là des raisons à mettre en parallèle avec les monceaux de cadavres faits par l'opération césarienne? Demandez-le à vos survivantes. C'est à ne pas croire à cette marche rétrograde, surtout d'une jeune chirurgien d'avenir, si les Allemands ne l'avaient déjà indiquée. (*Soc. de chir.*, mai.) Voy. Cancer de l'utérus, Fibromes.

HYSTÉRIE. *Prédisposition.* Une modification spéciale du caractère, un état mental particulier des petites

filles permettrait, selon le docteur Huchard, de discerner dès lors les dispositions à l'hystérie et de les combattre. Celles de huit à douze ans, à la physionomie éveillée, d'une intelligence et d'une imagination vives, dont le rire et les pleurs sont déterminés par des causes futiles, offrant une aptitude marquée pour le dessin et la musique et sachant d'instinct mentir et jouer la comédie, sont particulièrement dans ce cas. Elles se plaignent souvent de maux de tête persistants, appelés migraines, de gastralgie, d'entéralgie et même d'hypocondrie, indice de la plus grande valeur quant à l'apparition ultérieure de l'hystérie. D'autres sont turbulentes, susceptibles, querelleuses, incapables de s'astreindre à des études sérieuses et se laissant parfois dominer par une tristesse profonde et sans cause. En général, elles sont coquettes, maniérées, pour appeler et fixer l'attention; des hallucinations et des terreurs nocturnes se manifestent parfois; de l'hyperesthésie ovarienne se développe vers l'époque de la puberté, ou de la toux rauque et convulsive à l'occasion du moindre rhume. Des palpitations, des étouffements, des pertes incomplètes de connaissance surviennent, qui sont prises souvent pour de l'épilepsie, et comme ces enfants ont une grande propension à exagérer leurs souffrances, à simuler même des affections supposées, il ne faut croire à toutes leurs plaintes qu'après examen. (Toute cette série de phénomènes morbides se rencontre particulièrement chez les enfants très gâtés. Une sollicitude exagérée de leur entourage est souvent un obstacle à la guérison.

Un traitement moral bien dirigé peut avoir une heureuse influence. La perversion de la volonté, ou l'atonie cérébrale qui empêche ces enfants de vouloir, doit être surtout combattue. Une paraplégie spasmodique ayant résisté à tous les traitements chez une jeune fille, il suffit de la menace, énoncée énergiquement, de la séparer de sa famille pour la guérir rapidement. Bien d'autres exemples pourraient servir à démontrer que la ferme volonté du médecin agit d'une façon puissante sur la cérébration des hystériques et peut amener la disparition presque subite des accidents. (*Soc. de thér.*, 8 mars.)

L'*hystérie précoce* est si réelle que, d'après Briquet, un cinquième des hystériques adultes étaient atteintes avant la puberté. Celle-ci ne paraît même pas avoir grande influence sur son développement. Sur 23 cas recueillis par le docteur Greffier chez des filles de huit à quinze ans, il n'y en avait que 3 de réglées. L'hérédité semble ici jouer le premier rôle. (*Archiv. de méd.*, octobre.)

Forme frustre chez l'homme. Une nouvelle manière est imaginée par le docteur Debove pourla rendre très-fréquente chez l'homme, *par insinuation.* Les contractures musculaires des membres, de l'œsophagisme, ; accès convulsifs sans perte de connaissance en seraient les signes, quand ils ne s'expliquent pas par des causes directes et tangibles. Il en rapporte ainsi cinq à six exemples, parce que ces malades ont présenté, avant ou après ces accidents, du nervosisme, une irritabilité morbide, des bizarreries de caractères, de l'excentricité ou un tempérament nerveux exagéré. Sans antécédents nerveux ni hérédité, il rattache·à cette forme frustre une contracture du poignet à la suite d'une brûlure surperficielle de la face postérieure de la main et de l'avant-bras gauche, dans le territoire innervé par le radial, parce que cette contracture passa dans le membre opposé un mois après la guérison et disparaissait par l'anesthésie. N'est-ce pas porter l'induction trop loin ? (*Soc. méd. des hôp.*, novembre.)

Troubles gastriques. Sur 20 cas de gastralgie et d'épigastralgie chez des hystériques, avec ou sans vomissements, traités uniformément par une application de galvanisation polaire positive du pneumo-gastrique droit, à l'exclusion absolue de tout autre traitement, le docteur Apostoli a fait cesser sur l'heure ces troubles morbides, pendant une durée de une heure à un jour, après chaque séance. Une seule malade a résisté pendant un mois, tout en étant améliorée. Une disparition totale de la douleur se manifesta chez les 19 autres après chaque séance, d'une durée de cinq minutes à une heure au plus. Trois à vingt séances ont suffi à guérir ces mala-

des de ces accidents, vomissements compris, en les répétant une ou deux fois par semaine, sans agir sur l'hystérie. C'est en appliquant la galvanisation, tant que le mal se présente, et en agissant loin de son siège, que l'on parvient à le vaincre. En combattant sans relâche la douleur ou le spasme, on substitue à l'habitude morbide un processus normal du pneumo-gastrique. (*Bull. gén. de thérap.*, novembre.)

La nature purement nerveuse de ces accidents chez les hystériques est ainsi démontrée expérimentalement.

Hypnotisme. Cet état nerveux spécial, obtenu d'abord chez les animaux, en tenant leur regard fixé sur un point brillant et qui les fait tomber dans une espèce de somnambulisme, se réalise de même dans l'espèce humaine. Les hystériques y sont le plus susceptibles et revêtent sous son influence différents états dont les types sont, d'après le professeur Charcot, la catalepsie, la léthargie et le somnambulisme. Primitifs et isolés, ils peuvent aussi s'enchaîner chez le même sujet et se produire successivement, au gré de l'observateur, comme les phases ou périodes d'une seule et même affection.

L'état cataleptique se manifeste primitivement sous l'influence d'un bruit intense et inattendu, d'une lumière vive placée sous le regard ou par la fixation plus ou moins prolongée de celui-ci sur un objet quelconque. Il peut même succéder à l'état léthargique, lorsque les yeux clos sont mis à découvert, par l'élévation des paupières, dans un lieu éclairé.

L'immobilité en est le trait saillant et caractéristique. Debout et même dans une attitude forcée, le sujet cataleptisé se maintient en parfait équilibre et paraît pétrifié. Les yeux ouverts, le regard fixe, la physionomie impassible, ne laissent voir que de très rares clignements des paupières. Les larmes, en s'accumulant, s'écoulent bientôt sur les joues. La respiration elle-même accuse de longues pauses et se trouve comme suspendue d'une manière intermittente.

Les membres et toutes les parties du corps gardent sans fatigue apparente et pendant longtemps les posi-

tions qu'on leur a communiquées. Ils donnent la sensation d'une grande légèreté en les soulevant ou en les déplaçant, sans que les articulations offrent la moindre résistance en les fléchissant ou en les étendant. Aucun réflexe tendineux ne se manifeste, et la peau reste insensible aux excitations les plus vives. L'activité des sens seule persiste, la vision et l'audition surtout, et l'on peut imprimer ainsi des impulsions automatiques au sujet. Les attitudes fixes changent comme à volonté sous l'influence des impulsions provoquées par une personne étrangère.

Il suffit de clore l'un des yeux dans cet état pour faire cesser la catalepsie de ce côté, tandis qu'elle persiste du côté opposé.

L'état léthargique se développe chez les cataleptiques par l'occlusion des yeux ou en les plaçant dans l'obscurité. Mais la fixation du regard suffit à le déterminer spontanément. Une inspiration profonde avec bruit laryngé spécial et un peu d'écume aux lèvres en marquent le début. Les yeux fermés et le globe convulsé en haut et en dedans ne laissent voir qu'un frémissement incessant des paupières. Le corps est affaissé, les membres flasques, pendants et retombant lourdement si on les soulève. La respiration est profonde, précipitée, quoique assez régulière. Les réflexes tendineux sont très exaltés, et, sous l'influence de la moindre excitation mécanique, ils entrent en contracture. L'extrémité mousse d'un petit bâton, dirigée sur les tendons, les muscles ou les nerfs, suffit à produire des mouvements particuliers. Les griffes radiales et cubitales se manifestent ainsi à volonté. Cette contracture est si énergique et persistante qu'elle dure des journées entières, même après le réveil. Mais on la fait céder instantanément en portant l'excitation sur les muscles ou les nerfs antagonistes. La face seule n'est impressionnable que passagèrement.

Cette épreuve de la contracture involontaire du sujet est une garantie absolue contre toute supercherie ou simulation, l'intervention voulue du sujet de l'expérience étant tout à fait nulle.

L'analgésie paraît complète dans cet état, sauf l'ouïe

et la vision. Les tentatives faites pour impressionner le sujet par intimation ou suggestion restent ordinairement sans effet. C'est donc le contraire de l'état cataleptique, mais on peut produire celui-ci instantanément en soulevant les paupières supérieures dans un lieu éclairé. En n'ouvrant qu'un œil, on assiste au singulier spectacle d'un individu divisé en deux parties égales. La moitié du corps correspondant à l'œil fermé est dans l'état léthargique, tandis que l'autre est dans l'état cataleptique diamétralement opposé.

L'état somnambulique s'obtient par la fixation du regard, une excitation sensorielle faible, répétée et monotone. Une pression ou une friction légère sur le vertex suffit à le produire, chez les individus placés dans les deux états précédents; c'est ce qu'on a appelé le sommeil magnétique.

L'aspect extérieur du sujet est celui du sommeil avec les yeux clos; de légers frémissements des paupières se montrent parfois. Abandonné à lui-même, il paraît endormi ou plutôt engourdi. L'attitude n'est pas aussi affaissée que dans la léthargie et la résolution des membres moins prononcée.

Cet état se distingue principalement des deux autres par la sensibilité. Il n'y a pas de contracture au toucher, et ce n'est que par des procédés spéciaux, comme de légers attouchements sur les membres ou un simple souffle promené sur la peau, que de la rigidité se manifeste, sans céder à l'excitation mécanique des muscles antagonistes. Les mêmes manœuvres qui l'ont fait naître sont susceptibles de la faire cesser.

Souvent confondue avec l'immobilité cataleptique, la rigidité de l'état somnambulique s'en sépare cependant foncièrement, entre autres, par la résistance parfois très prononcée qu'on rencontre dans celle-ci au niveau des jointures, lorsqu'on essaye d'imprimer au membre raidi un changement d'attitude. On pourrait appeler *cataleptoïde* ou *pseudo-cataleptique* cette rigidité propre à l'état somnambulique, pour la distinguer de l'*immobilité sans raideur*, qui appartient à l'état cataleptique.

Si l'analgésie peut être complète, une exaltation remarquable existe le plus souvent dans la sensibilité de

la peau des muscles et quelques sens spéciaux. Il est facile de déterminer chez le sujet, par injonction ou suggestion, des actes automatiques très compliqués et variés. Il suffit d'exercer avec le doigt sur les paupières une légère compression des globes oculaires pour que la léthargie remplace le somnambulisme. Mais si, au contraire, relevant les paupières, on maintient l'œil ouvert dans un lieu éclairé, la catalepsie ne se produit pas. La relation du somnambulisme est donc plus étroite avec la léthargie qu'avec la catalepsie.

L'hypnotisme, considéré comme une névrose expérimentale innocente, peut ainsi, par une étude conduite avec prudence et méthode, éclairer une foule de questions pathologiques, physiologiques ou psychologiques, presque inaccessibles autrement. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire en particulier, si importante à connaître et si délicate à étudier, est spécialement facile à mettre en jeu par ces diverses pratiques. C'est une épreuve anatomo-physiologique qui met l'observateur à l'abri de toute intervention active, volontaire ou simulée de la part du sujet mis en expérience. (*Acad. des sciences*, février.)

Tous ces faits ont été confirmés et reproduits par le docteur Dumontpallier, assisté de M. Magnin, en les accentuant d'une manière remarquable. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire aurait été ainsi obtenue dans le somnambulisme, comme dans la catalepsie, en insistant avec soin sur les moyens de la produire. Une femme hystérique se serait même hypnotisée elle-même en se peignant devant une glace et serait tombée ensuite en catalepsie. Dans l'impossibilité de faire cesser cet état, en provoquant de nouveau la réflexion de la lumière de la glace sur les yeux de la malade, M. Dumontpallier regarde lui-même dans le miroir; et, en rencontrant le regard de la malade, la catalepsie a aussitôt disparu. L'hémi-somnambulisme aurait aussi été obtenu, comme l'hémi-catalepsie et l'hémi-léthargie.

D'où cette loi formulée par eux que, pour faire disparaître les effets de l'hypnotisme, il faut procéder en ordre absolument inverse de celui de leur production, par les mêmes moyens qui leur ont donné naissance. Que l'on

suppose par exemple une hystérique mise d'emblée en léthargie par le frottement des globes oculaires, puis en catalepsie par l'action de la lumière et enfin en somnambulisme par pression sur le vertex ; pour lui faire descendre l'échelle, il suffira d'abord d'exercer à nouveau la même pression sur le vertex pour faire cesser l'état somnambulique et obtenir de nouveau la seconde phase, c'est-à-dire la catalepsie. Puis l'action de la lumière réfléchie sur les yeux du sujet défera la catalepsie, pour reproduire le degré inférieur de l'échelle, c'est-à-dire la léthargie. Enfin la pression sur les globes oculaires déterminera le réveil.

Dans l'exemple précédent, le procédé qui a fait l'un des états a défait ce même état, en reproduisant dans l'échelle descendante la phase qui l'avait immédiatement précédée dans l'échelle ascendante. La cause qui a fait, défait, tel est le principe à suivre exactement, *mathématiquement*, dans les expériences d'hypnotisation, pour n'avoir aucun accident à redouter. Le réveil s'effectue toujours normalement et avec calme, en suivant cette règle avec rigueur. Dans ces conditions, les malades déclarent n'éprouver aucune fatigue. Autrement, on s'expose à faire naître des états mixtes, par la substitution d'un agent à l'autre, et à déterminer des accidents. (*Idem*, mars.

En suivant cette technique, M. Dumont a pu répéter la plupart de ces expériences à l'asile d'aliénés de Maréville, sous l'inspection du docteur Sizaret, directeur, durant les trois premiers mois de 1882. De nombreux exemples de perversion de tous les sens en sont résultés chez des hystéro-épileptiques, en présence des médecins réunis pour se convaincre de la réalité de ces faits. La persistance de suggestions artificielles après le réveil a été le plus frappant. Pendant plusieurs semaines, une hystéro-épileptique a cru boire à tous ses repas du vin de Bordeaux, à la place de l'eau qu'on lui servait, refusant même le vin du régime ordinaire. Les illusions et les hallucinations les plus bizarres lui ont été de même suggérées avec un plein succès, et la production d'aphasie et d'amnésie momentanées a toujours été facile.

Les résultats thérapeutiques n'ont pas été moins sur-

prenants sur les névroses. Dès la première tentative, une contracture de la jambe droite, datant de trois ans, a disparu chez une hystérique de quarante-cinq ans, sans récidive après trois mois et demi.

Mlle Berthe C., dix-neuf ans, hystéro-épileptique, entrée le 5 avril 1881, après neuf mois de séjour à Sainte Anne, a été endormie pour la première fois le 21 février. Elle avait alors cinq à six attaques d'épilepsie par jour et une crise hystérique tous les deux jours. Tombée d'emblée en somnambulisme profond, elle n'a éprouvé jusqu'au 10 mai qu'une seule attaque d'épilepsie, provoquée pendant le sommeil magnétique par une compression du rachis, et trois crises d'hystérie, dont elle a annoncé dans son sommeil la date et l'heure précises. Régulièrement endormie trois fois par semaine, au début, elle ne l'est plus qu'une fois et tout fait espérer le maintien de l'amélioration produite. L'analgésie, bilatérale au début, a disparu successivement, en deux séances, sous l'influence de la suggestion, du côté gauche d'abord, puis du côté droit.

Mlle V..., vingt-deux ans, hystéro-épileptique, a été endormie pour la première fois en avril 1882 pendant une crise hystérique compliquée d'hallucinations; en moins de deux minutes, un sommeil profond a succédé à sa bruyante agitation, et on a pu lui enlever la camisole, dont ses tentatives de suicide avaient rendu l'emploi nécessaire. Endormie tous les deux jours, elle a vu diminuer le nombre de ses attaques, et la manie du suicide a jusqu'à présent complètement disparu.

Présentées à la Société de médecine de Nancy dans la séance du 10 mai, ces deux malades ont été soumises aux expériences suivantes. Endormie sous le regard brillant de l'expérimentateur, la première est tombée en catalepsie complète en deux minutes. Chacun put alors produire sur elle les contractures les plus variées à l'aide de passes exécutées avec la main, à distance au-dessus du muscle que l'on veut mettre en contraction. Des passes dans le voisinage du muscle antagoniste ramènent le membre dans sa position primitive. Un torticolis bien caractérisé est ainsi produit. Quand l'état léthargique succède à la catalepsie, il suffit, pour ramener

celle-ci et permettre au sujet de répondre aux questions qui lui sont adressées, d'une friction opérée à l'aide d'un doigt sur le vertex. Si M. Dumont présente l'index à quelques centimètres au-devant du front de la dormeuse, on voit bientôt celle-ci se lever et le suivre sans apercevoir les obstacles interposés, contre lesquels elle se heurte, en s'arrêtant toujours, de façon à se trouver, non en face de lui, mais à son côté, la face dirigée dans le sens inverse de celle de l'expérimentateur.

Le docteur Sizaret l'a mise également en somnambulisme par le procédé classique : compression de quelques secondes sur les globes oculaires, entraînant la léthargie, puis friction du sommet de la tête. Sur la demande de quelques membres, les deux somnambules sont mises en rapport, et on leur ordonne de danser sur un air fredonné. Elles exécutent alors un pas de polka automatique qui ne prend fin que sur l'injonction de l'expérimentateur. Les danseuses restent alors catalepsiées, dans la position qu'elles avaient à ce moment.

La première est ensuite l'objet d'expériences sur la perversion des sens. Un morceau d'aloès est introduit dans sa bouche en lui assurant que la saveur en est excellente; c'est de l'orange; elle suce avec tous les signes d'une sensation agréable. Avant de la réveiller, l'expérimentateur lui ordonne, sur la proposition d'un membre de la Société, d'aller, après son réveil, prendre le verre cylindrique qui entoure le bec de gaz situé au-dessus de la table, de le mettre dans sa poche et de l'emporter. Réveillée, elle se dirige timidement vers la table, et, d'un air confus devant tous ces regards, elle monte à genoux sur la table, avec hésitation, et exécute de point en point ce qui avait été ordonné.

Quant à la seconde, elle est saisie pendant son sommeil d'une attaque d'épilepsie. Deux crises se succèdent à quelques minutes d'intervalle, et une léthargie profonde les suit. De longs et inutiles efforts sont faits pour la réveiller dans cet état, et ce n'est qu'en la replongeant en somnambulisme que l'on obtient ce résultat, sans avoir ensuite le moindre souvenir de tout ce qui s'est passé.

Deux des spectateurs ont aussi été mis en expérience. Le premier fut le garçon de laboratoire de physique de

la Faculté, âgé de quarante ans. Soumis déjà à l'hypnotisme par deux premiers essais ayant duré environ dix minutes chacun, il n'avait offert que de la léthargie avec tendance à la catalepsie. Cette fois, en deux ou trois minutes, la catalepsie la mieux caractérisée se manifeste, puis, à la suite d'injonctions répétées, le somnambulisme complet. Le patient exécute tous les mouvements qui lui sont commandés, la marche notamment, mais répond difficilement aux questions qui lui sont adressées. Les yeux sont convulsés en haut et en dedans ; l'insensibilité cutanée paraît exister ; il faut enfoncer profondément un morceau de papier dans les narines ou l'oreille, pour constater un léger frémissement des muscles de la face. Le sujet, réveillé, déclare se rappeler qu'on lui a crié de marcher ; mais il croit être resté immobile, et, quand on lui en demande la raison, il répond que, malgré ses efforts, il ne pouvait se mouvoir.

Les mêmes phénomènes sont ensuite provoqués sur un homme de soixante-cinq ans, employé à la préfecture, déclarant avoir été guéri d'un rhumatisme chronique, après seize séances, chez le docteur Liébault. Endormi par M. Dumont, il répond aux questions qui lui sont adressées par diverses personnes. Réveillé, il déclare ressentir une légère pesanteur dans la tête.

Le procédé d'hypnotisation dans ces deux cas a consisté simplement à faire fixer pendant une ou deux minutes les yeux de l'opérateur, tenant les pouces des sujets dans ses mains. La suggestion, faite au dernier sujet, de signer son nom, à son réveil, sur une feuille de papier disposée sur la table, n'est suivie d'aucun résultat. L'opérateur attribue cet insuccès au défaut d'insistance dans son injonction. (*Revue méd. de l'Est*, 15 juillet, nº 14.)

Différents accidents nerveux, l'hémiplégie en particulier, s'étant montrés chez divers animaux : poules, pigeons, lapins, grenouilles, hypnotisés par M. Harting un certain nombre de fois, par les moyens bien connus, M. Milne Edwards conclut que des expériences de ce genre, répétées souvent chez l'homme, peuvent être nuisibles ; mais le professeur Charcot a répondu à cette crainte qu'elles n'avaient aucun inconvénient. (*Acad. des sciences.*) Voy. VIOL.

Vomissements incoercibles. Chez 4 hystériques à la première période de l'anorexie, M. Dujardin-Beaumetz a obtenu ce résultat curieux que les aliments injectés par le tube de Faucher étaient fort bien tolérés, tandis que ceux déglutis par les malades étaient aussitôt rejetés. Un succès semblable a été obtenu par M. Joffroy dans les mêmes conditions, quoique les aliments aient été vomis parfois ; tandis que M. Guyot a essayé en vain le gavage chez une jeune hystérique morte d'inanition à la suite de vomissements incoercibles ayant duré quatre-vingt-deux jours.

C'est que, suivant la remarque du docteur Debove, il y a deux périodes distinctes dans ces vomissements. Purement nerveux d'abord, ils peuvent cesser par le gavage ou l'alimentation artificielle, quand les malades ne sont encore ni amaigries ni anuriques. C'est le contraire lorsque l'inanition résultant de ces vomissements prolongés a provoqué une maigreur prononcée et l'anurie. Le cas se complique alors par l'intolérance absolue de l'estomac pour tout aliment, de quelque manière qu'il soit administré. Ces cas sont des plus graves, et il a vu ainsi, comme M. Joffroy, deux hystériques mourir littéralement de faim. (*Soc. méd. des hôpitaux,* 14 avril et octobre.)

Deux succès semblables ont été constatés par M. Ballet sur des hystériques, dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière. C'est donc une confirmation éclatante du succès de ce moyen. (*Progrès méd.*)

Sinapisation. Ce moyen simple, condamné par le professeur Cantani, a été trouvé très efficace au contraire pour arrêter rapidement les accès d'hystéro-épilepsie dans la clinique du professeur Murri. La compression des ovaires, qui devait être prolongée et douloureuse pour obtenir ce résultat, a été remplacée efficacement par une sinapisation intense de la surface cutanée. 40 applications de trois à cinq feuilles Rigollot, sur trois hystériques, ont suffi à faire cesser l'accès en dix minutes. 52 badigeonnages avec l'huile essentielle de moutarde, faits sur deux malades, ont encore rendu le résultat plus instantané. Les hystériques se réveillent

aussitôt, en se plaignant de la brûlure. 12 expériences faites avec la faradisation cutanée ont montré que cet irritant est encore préférable aux précédents. L'accès cesse instantanément, sans le sentiment d'aucune douleur. (*Rivista clinica*, nº 9, 1881.)

La préférence doit donc être donnée à un moyen si simple, dit le docteur Feletti. La seule condition du succès est que ces stimulants périphériques soient assez intenses pour interrompre et suspendre l'excitabilité réflexe de la moelle spinale et tirer le cerveau des hystériques de sa torpeur. Les irritations faibles ne font qu'augmenter les mouvements hystériques. Tout le secret de ce moyen est là.

I

ICTÈRE. *Pronostic.* Il varie suivant le volume du foie et surtout celui de la rate. Son augmentation, excessive au début, est un signe grave. Il mesurait dix-huit centimètres sur quinze dans un cas d'ictère en apparence catarrhal ou simple, chez un alcoolique. La tuméfaction coïncidente de la rate, sans antécédents paludéens, indiquant la cirrhose de cet organe, devait faire soupçonner celle du foie. De là la réserve recommandée par le professeur Potain sur le diagnostic et surtout le pronostic de ces cas. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, avril.)

Héméralopie coïncidente. Les troubles oculaires constatés dans le diabète n'ont guère occupé les pathologistes dans l'ictère résultant de l'hypertrophie du foie. Un boucher, présentant une congestion du foie avec ictère, datant de plusieurs mois, s'étant plaint au docteur Cornillon de ne pouvoir plus reconnaître les passants après le coucher du soleil, il le soumit au traitement alcalin. Un mois après, l'héméralopie avait disparu avec la jaunisse.

Un jeune militaire en congé, atteint de néphrite albumineuse, présenta également de l'héméralopie. C'est en

tenant compte de cette coïncidence que son attention fut appelée à ce sujet. L'auteur relate quatre cas observés récemment, montrant que c'est bien là un symptôme de la jaunisse.

Loin de survenir au début de la congestion du foie, elle s'est toujours montrée longtemps après l'apparition de l'ictère. Elle est alors éphémère, peu tenace et cède le plus souvent sans traitement spécial après quelques semaines. Mais lorsque la congestion hépatique s'aggrave, que l'ictère augmente et tend à devenir chronique, l'héméralopie reparaît et persiste. Elle ne constitue plus alors comme au début un épiphénomène sans importance; elle devient un symptôme grave, inquiétant. En effet, lorsqu'elle n'est que passagère, elle ne doit s'accompagner d'aucune lésion profonde de la rétine, tandis qu'une fois persistante, il existe vraisemblablement des désordres irrémédiables dans le nerf optique.

Constamment, l'héméralopie a paru liée à la présence de l'ictère et subordonnée à sa marche, — diminuant lorsqu'il s'améliorait, s'aggravant lorsqu'il augmentait. Dans la deuxième observation, une fois que la pneumonie se déclare, faisant par exemple disparaître en même temps la jaunisse et la congestion hépatique, l'héméralopie cesse aussitôt. Quand cette phlegmasie est guérie, l'ictère reparaissant, l'héméralopie revient, bien que le foie n'ait pas repris son volume primitif et soit même atrophié. Les relations de cause à effet ne sauraient être mieux établies. (*Progrès méd.*)

INJECTIONS. La vieille seringue à hydrocèle tend à disparaître. Dans plusieurs hôpitaux, les injections sont faites à l'aide d'un appareil fort simple. On se sert d'un litre ordinaire dans lequel on glisse un tube de caoutchouc qui, en traversant le bouchon, se continue pour former une sorte de siphon. Le bouchon est traversé par un autre tube de caoutchouc, muni à son extrémité d'une poire de même composition. En la comprimant, on fait une pression sur le liquide, qui a sa voie de sortie toute tracée par le tube faisant siphon et qui s'échappe avec d'autant plus de force que la poire est

comprimée plus fréquemment par la main. C'est en un mot un système Richardson, plus simple, puisqu'il n'y a qu'une poire et que le liquide n'est pas pulvérisé. C'est là évidemment un progrès qui engagera à déterger plus complètement les cavités, puisque le travail ainsi compris ne comportera aucune peine.

Injections hypodermiques. Elles peuvent être remplacées, dans certains cas, par des égratignures ou des piqûres légères avec l'aiguille ou l'épingle. Celles-ci sont surtout applicables pour l'emploi de la pilocarpine, qui, à la dose de un ou deux milligrammes, manifeste ses effets. Sur une surface du tégument où l'épiderme a été détruit par égratignure, piqûre ou épilation, le docteur Aubert répand une solution de pilocarpine qui, absorbée, détermine la sécrétion sudoripare dans le voisinage de l'érosion. Cette sécrétion est constatée par le papier chimique au nitrate d'argent. On peut user ainsi de ce moyen pendant trois ou quatre jours consécutifs. (*Congrès de La Rochelle.*)

Injections interstitielles. *Acide acétique contre l'épithélioma.* C'est en faisant circuler quatre à cinq gouttes d'acide acétique dans toute la zone néoplasique et comme en la cernant par des injections en nombre variable suivant son étendue, que le docteur Duplouy en a obtenu deux succès remarquables. Au bout de quelques jours, le néoplasme est pour ainsi dire tombé de lui-même, sans récidive, car l'opéré mourut tuberculeux huit ans plus tard. Le second est encore plus concluant. C'était un épithélioma de la langue, — le cancer des fumeurs, — qui, traité d'abord par le thermo-cautère et suivi d'une cicatrisation rapide, récidiva au bout d'un mois. La nature du mal était incontestable ; on eut recours alors aux injections d'acide acétique concentré, les douleurs furent atroces après chaque séance. Trois séances suffirent, et, quatre jours après la troisième, la tumeur se détachait. Le fait s'est passé il y a trois mois, et depuis lors il n'y a eu aucune récidive. (*Congrès de La Rochelle.*)

Injections morphinées. Le danger de leur abus se

démontre de plus en plus par la facilité et la fréquence de leur emploi. Il est si simple de se faire une petite piqûre pour calmer une douleur quelconque qui vous incommode! Mais l'accoutumance oblige vite à les renouveler ou à en augmenter la dose dans des proportions colossales. Les morphiomanes supportent de telles doses que, d'après M. Rochard, une dame s'injecte jusqu'à 3 grammes de chlorhydrate de morphine par jour, sans constipation ni perte de l'appétit, que la moindre quantité d'opium, absorbée par l'estomac, détermine aussitôt.

Mais leurs effets sont bien autrement dangereux. En dehors des troubles cérébraux passagers et d'autres, elles entraînent des congestions viscérales veineuses, amenant à la longue des lésions permanentes dans les reins en particulier, où elles déterminent l'albuminurie et la glycosurie. De petits abcès lymphatiques multiples et de l'engorgement ganglionnaire surviennent aussi à la suite de nombreuses piqûres.

Ces accidents sont si communs en Allemagne que deux hôpitaux ont dû être fondés à Berlin pour recevoir les morphiomanes, depuis une vingtaine d'années à peine que cette médication calmante est connue et mise à la portée de tout le monde.

Un autre danger de cette fatale habitude de la morphiomanie, c'est que, en cas de traumatisme ou d'une opération chirurgicale chez les personnes qui en sont atteintes, elles sont réfractaires au chloroforme et exposées à des érysipèles, des phlegmons consécutifs, en raison de la dyscrasie albumineuse ou sucrée où ils se trouvent. Il a suffi de réséquer quelques centimètres du nerf radial pour une névralgie à l'un de ces morphiomanes pour qu'un phlegmon bronzé l'emportât rapidement. (*Verneuil.*)

D'où l'indication pour le médecin de ne recourir à cet agent que le moins possible et de ne le placer jamais entre les mains des gardes-malades et surtout des malades. (*Congrès de La Rochelle.*)

Autant leur emploi habituel est nuisible, autant elles sont avantageuses contre des indications précises. Elles sont ainsi des plus efficaces contre la syncope dans la fièvre typhoïde. (Voy. *ce mot.*) Additionnées de teinture

d'aconit et d'atropine, elles ont donné des succès remarquables au docteur Bowstead dans l'éclampsie puerpérale. Une primipare de vingt-neuf ans, accouchée à terme d'un garçon bien constitué, fut prise quelques heures après de convulsions éclamptiques. L'auteur lui injecta un demi-grain de morphine avec deux minims ou gouttes de teinture d'aconit et deux minims d'atropine; les accidents diminuèrent. Une nouvelle injection dans les mêmes proportions fit cesser les attaques et dormir la malade; les lochies apparurent; la malade éprouvait un peu de fatigue, mais guérit rapidement. (*British med. journ.*, juillet.)

Injections d'éther. Elles sont de plus en plus appréciées et employées comme stimulant et excitant diffusible contre l'adynamie grave et menaçante, quelle qu'en soit la cause. Le docteur Féréol en a retiré les plus grands avantages chez plusieurs typhiques dans un état ataxo-adynamique des plus graves, avec syncopes inquiétantes et prolongées, notamment chez un interne des hôpitaux. L'état syncopal disparut, le mieux s'accentua, les forces se relevèrent, et il guérit, malgré son état désespéré. De même d'une jeune fille dans un état d'anémie et de faiblesse inquiétant. Une amélioration notable en résulta, et la guérison s'ensuivit. Contre un état d'algidité accentuée, annonçant une mort prochaine, chez un jeune homme, la température se releva avec une certaine ampleur du pouls. C'était une résurrection apparente. La mort n'arriva que quarante-huit heures ensuite. De même dans un cas de choléra très grave, chez une femme, et qui guérit. (*Moutard-Martin.*)

De même contre les métrorrhagies puerpérales compliquées et tous les cas de faiblesse menaçante. On peut ainsi les renouveler deux ou trois fois par jour et même plus souvent, dès que les malades se raniment. Des abcès locaux suivent ces piqûres chez certains malades, les varioleux en particulier. Avec la précaution de faire pénétrer la pointe de l'aiguille dans le tissu cellulaire sous-cutané, il n'y a pas d'accidents à redouter. (*Soc. de thérap.*, 24 mai.)

Paralysies consécutives. Voy. VARIOLE.

Injections de peptones mercuriques. Voy. SYPHILIS.

Injections de strychnine. A la dose d'un milligramme par semaine, qui peut être graduellement élevé jusqu'à 6, elles sont applicables, d'après le docteur Cérenville, médecin de l'hôpital cantonal de Lausanne, dans les myélites arrivées à la période stationnaire ou dans l'aggravation lente des scléroses postérieures, l'incontinence d'urine et les affections cérébrales. Aucun danger n'est à en redouter, pas même l'accumulation, comme elle s'opère par la voie gastrique. Un malade qui prenait la strychnine en pilules, ayant éprouvé des accidents sérieux, fut soumis aux injections sans qu'ils se renouvelassent. Ce mode d'administration est donc spécialement recommandable par l'absortion et l'élimination complète et rapide de cet agent. 6 milligrammes administrés plusieurs semaines de suite n'ont amené aucun accident cumulatif. Son activité par cette voie a été démontrée chez un malade atteint de sclérose de la moelle, en alternant la voie interne et externe. Avec les injections, il avait sensiblement progressé, la marche était presque ferme, l'incontinence d'urine avait cessé. Les injections furent remplacées par des pilules de nitrate de strychnine à dose équivalente. Peu de jours après, le changement se fit sentir : faiblesse musculaire, décroissance de la sensibilité, incertitude de la marche ; l'incontinence d'urine reprend de plus belle, et il survient des tranchées avec diarrhée. Au bout de trois semaines, les injections sont reprises, et le changement du tableau fut aussi rapide et frappant qu'il l'avait été dans le sens contraire. Il y a donc non seulement avantage dans l'appréciation de la dose réelle, mais une *différence dans l'intensité et la rapidité de l'action thérapeutique*. Ces injections ne produisent jamais d'irritation sous-cutanée et sont à peine douloureuses.

Leur usage prolongé, porté jusqu'à 315 dans un cas, exige de les faire à différents endroits, au voisinage des muscles paralysés. Il suffit de descendre la dose maxima, provoquant des signes d'intolérance, à un ou deux milligrammes, pour les voir cesser aussitôt. (*Journ. de thérap.*)

IODOFORME. Comme tous les médicaments à la mode, celui-ci est essayé dans tous les maux, contre toutes les maladies internes et externes. Né et employé en France dès 1855, il ne reçut que peu d'applications. Son radical, l'iode, et ses composés étaient trop en honneur pour cela. Gubler se borna à en conseiller l'usage dans une solution saturée à parties égales d'éther et de chloroforme, en en recommandant l'application locale sur les engorgements ganglionnaires, les collections séreuses, les arthrites, de même que pour la teinture d'iode. La septicémie n'était pas alors suffisamment à l'ordre du jour pour en faire l'antidote. Mais son action sédative et cicatrisante sur les plaies fut établie dès 1868, par M. Féréol, affirmant, d'après ses observations, que l'iodoforme, appliqué à la surface des plaies, jouit souvent d'une efficacité réelle pour en amener la cicatrisation. Loin d'être douloureux, il en calme la cuisson. La découverte de ses propriétés anesthésiques dans les pansements n'est donc pas nouvelle, comme l'historique très complet du docteur Rohmer le prouve. (Voy. PANSEMENTS.)

Depuis trois à quatre ans que l'Allemagne s'est emparée de cet agent, ses effets se sont multipliés à l'infini. En chirurgie surtout, il a acquis des propriétés merveilleuses pour tarir la suppuration et cicatriser les plaies. Mosetig, Billroth notamment se le sont approprié et en ont fait leur pansement spécial, à l'exemple de Lister pour l'acide phénique. La gaze, la ouate iodoformisées ont été mises à l'ordre du jour, et ce médicament est ainsi revenu en France avec une auréole allemande, pour en surfaire les propriétés, mais aussi pour en montrer les dangers, apparus par l'abus même qui en avait été fait.

C'est cette histoire peu scientifique du pansement à l'iodoforme et de ses dangers que M. Le Dentu a fait connaître en France, avec une prolixité de détails et de noms montrant bien, comme spécimen, l'importance exagérée que la jeune école chirurgicale française attache à toutes les excentricités d'outre-Rhin. De quelle utilité raconter que des doses de 40 à 100 et même 200 grammes de poudre ont été répandues sur de larges

surfaces cruentées, comme antiseptiques, et que des empoisonnements en sont résultés? Sur 32 cas, 11 morts! C'est du tragi-comique, dont l'instruction est de faire pitié pour une telle pratique. Cet abus montre le peu de respect usité en Allemagne pour la vie humaine, et il est d'un mauvais exemple. Tant de bruit fait sur l'enthousiasme provoqué par l'emploi exagéré et abusif de cet agent, retour d'Allemagne, prouve que la jeune école française a plus l'œil et l'oreille à ce qui se dit et se fait de creux et de faux là qu'ici, tandis que c'est le contraire de l'autre côté du Rhin, où pas la moindre mention n'a été faite des recherches françaises à ce sujet. Tout l'enseignement à tirer de cet empoisonnement expérimental par l'iodoforme, jusque-là inconnu, sont les symptômes observés sur les victimes :

Malaise général, céphalalgie, inappétence; le malade est triste, mélancolique, facile aux larmes, sans ressort moral. Pouls petit, mou, dépressible, de 150 à 180, incomptable même, sans élévation sensible de la température. Saveur persistante du médicament dans la bouche. Troubles digestifs, accidents cérébraux sous la forme méningitique chez les enfants, avec coma, contracture, inégalité des pupilles. Chez les adultes, dépression extrême ou agitation, délire lypémaniaque, avec tendance au suicide, annonçant une mort imminente.

Autopsies négatives, sauf des dégénérescences viscérales; reins gras, ainsi que le pancréas, le foie et le cœur, de même que sur les animaux intoxiqués. Une pigmentation des globules sanguins a aussi été notée.

Cette histoire psychologique n'a donc rien à faire avec la clinique. C'est à une pratique plus humaine et sensée qu'il faut revenir pour apprécier sainement les indications et les effets de ce médicament. Pour son emploi en chirurgie, M. Reclus remplace ainsi la gaze iodoformisée des Allemands par la ouate saupoudrée légèrement d'iodoforme cristallisé, dont il recouvre les plaies ou bourre les cavités, les trajets fistuleux. Les hématocèles incisées, certains évidements osseux, des plaies anfractueuses, les fistules à larges décollements, les altérations du col utérin en ont été très efficacement modifiés, comme dans tous les cas exigeant des

pansements antiseptiques rares. Il est ainsi préférable à l'acide phénique et ses succédanés. Un fragment d'éponge fine saupoudrée d'iodoforme et enrobée de tarlatane remplit parfaitement le rôle de mèche dans les plaies anfractueuses. (*Gaz. hebdomad.*, nº 24.) Voy. PANSEMENTS.

Les chancres mous ou indurés sont surtout rapidement améliorés par ce moyen. Après en avoir détergé la surface avec du coton ou du papier buvard, le docteur W. Whitehead applique une solution éthérée d'iodoforme, une partie pour deux d'éther. L'évaporation de celui-ci laisse un dépôt pulvérulent d'iodoforme. Une deuxième application est faite alors et recouverte d'une couche de collodion. Un chancre du méat traité ainsi a rapidement guéri. (*Bristish med. journ.*, mars.)

Contre la vulvite aphteuse des petites filles, une couche de ouate saupoudrée et interposée entre les grandes lèvres amène une détersion rapide des surfaces ulcérées. L'ophthalmie purulente en est de même rapidement modifiée. (Voy. *ce mot.*)

Ses bons effets sur la suppuration l'ont fait employer à l'intérieur dans les affections chroniques des bronches pour diminuer l'expectoration et la désinfecter. A l'exemple du professeur Semmola, M. Chiaramelli l'emploie depuis quatre années, à l'hôpital des Incurables de Naples, avec de grands succès, dans la bronchite chronique. Il modifie l'expectoration et la diminue, comme dans la phthisie, dont il fait tomber la fièvre, en empêchant la putréfaction des matières albuminoïdes. (Voy. PHTHISIE.) C'est un médicament à ne pas négliger, en l'employant avec prudence et modération.

Une grande réserve doit être mise dans son emploi externe, à cause de sa solubilité dans le sérum du sang et l'absorption de l'iode, mis ainsi en liberté. 5 à 25 grammes introduits expérimentalement dans le péritoine de chiens et de lapins, par le docteur Falkson, ont déterminé l'élimination journalière de 2 à 25 centigrammes d'iode par les urines, avec dégénérescence graisseuse des reins, du foie, du cœur, et l'amaigrissement.

Chez l'homme, l'iodoforme est absorbé rapidement, et

l'iode apparaît dans les urines quarante-huit heures après l'application, comme il l'a constaté chez plusieurs opérés. Il a même été rencontré dans les vomissements. 15 grammes ayant été mis dans l'aisselle chez une femme de soixante ans, à la suite d'une amputation du sein, on a retrouvé 26 centigrammes d'iode dans l'urine, même au dixième jour. On en trouva jusqu'à 3 décigrammes par jour, pendant 32 jours, chez un opéré de trente ans pour arthrite purulente.

Appliqué sur la peau, en poudre ou cristallisé, il peut même être résorbé et amener de l'iode dans l'urine. (*Archiv f. klin. chir.* et *Gaz. hebdomad.*, n° 34.)

Sa résorption est surtout à redouter dans les plaies de l'abdomen et du bassin. 3 grammes ont suffi, d'après Zeller, à produire une intoxication. Il est donc urgent de ne jamais l'appliquer sur une plaie récente, avant que l'écoulement du sang ait complètement cessé et que l'hémostase soit bien assurée. Autrement, le sérum du sang le décompose rapidement, dit Behring, et l'iode mis en liberté est aussitôt résorbé. Il est aussi toxique, par la même raison, chez les opérés très gras. D'où le danger d'en bourrer une plaie abdominale profonde, dont on ne pourrait le retirer en cas d'accident. Ainsi s'expliquent les divers cas d'intoxication relatés.

Crayons d'iodoforme. En voici la formule, ayant satisfait déjà à un grand nombre d'applications.

℞ Iodoforme........................	30 grammes
Gomme adragante..............	0,10
Glycérine	2 gouttes.
Eau distillée	3 —

Rouler cette masse pilulaire en un magdaléon gros comme une petite plume. Récemment préparé, ce crayon est introduit dans les trajets fistuleux et se trouve fondu d'un pansement à l'autre. (*Journ. d'Alsace-Lorraine.*)

ISOLEMENT. Ce moyen préventif contre les maladies contagieuses et infectieuses est justement considéré comme le plus important à réaliser, non seulement dans

les hôpitaux (Voy. *ce mot*), mais dans toutes les agglomérations d'individus jeunes surtout, comme les casernes, les collèges et les écoles, à cause de l'aptitude spéciale de ces jeunes gens à la contamination. Sur la demande du ministre de l'instruction publique : s'il était nécessaire d'isoler absolument, dans les lycées, les jeunes gens atteints de fièvres éruptives et de maladies contagieuses, et quelle devait être la durée de cet isolement, voici la réponse affirmative faite par l'Académie de médecine :

La *varicelle* exige un isolement de 25 jours;

La *variole*, celui de 40 jours;

La *scarlatine*, un isolement de 35 à 40 jours.

La *rougeole* exige en moyenne un isolement de 26 jours, et exceptionnellement de 32;

Les *oreillons*, celui de 25 jours.

La *diphthérie*, très rare dans les lycées, exige un isolement de 40 jours.

La *fièvre typhoïde*, dont on ne parle pas, est au moins aussi redoutable que les affections précédentes : elle est reconnue contagieuse par beaucoup d'observateurs.

Cet isolement ne prendra fin pour le convalescent qu'après avoir pris au moins un grand bain, que ses vêtements auront été passés à une étuve à la température de 90 degrés et à l'eau sulfureuse; les meubles, la literie, les murs, le parquet de la chambre seront soigneusement lavés. Si l'élève a été malade dans sa famille, il devra remettre à son entrée un certificat de médecin constatant que les prescriptions ci-dessus ont été remplies. (Juillet.)

Par ces précautions sanitaires, rendues obligatoires, les familles comprendront mieux l'urgence de séparer leurs enfants dès que l'un est atteint de l'une de ces maladies auxquelles on s'étonne de ne pas voir ajouter la *coqueluche*.

Elles ne sont pas moins indispensables après la mort. Par une récente ordonnance du *Board of health* ou Conseil de salubrité de Boston, toutes funérailles publiques sont prohibées pour les personnes mortes de variole, diphthérite, scarlatine et fièvre typhoïde. Le cadavre devra, aussitôt que possible après la mort, être

mis dans un cercueil hermétiquement clos et fermé, qui ne sera remué ensuite que pour l'enterrement. Aucune autre personne que celles commises spécialement à cette opération ne devra pénétrer dans la chambre mortuaire avant l'enlèvement du corps, la fumigation de la literie et les effets du mort, ainsi que la désinfection de la chambre.

K

KYSTES. *Septicité du liquide.* Des recherches chimiques de MM. Mourson et Schlagdenhauffen sur l'eau des kystes hydatiques leur ont montré que, à certaines époques, ces liquides contiennent des ptomaïnes. Leur action toxique, dans certaines circonstances, peut dont être attribuée à la présence de ces alcaloïdes. (*Acad. des sciences*, 7 novembre.)

En pratiquant la ponction d'un volumineux kyste hydatique du foie, le 10 juillet, le professeur Verneuil constata que la chute de quelques gouttes du liquide dans le péritoine avait déterminé une péritonite mortelle. Des expériences faites aussitôt avec ce liquide par le docteur Kirmisson, sur 3 chiens et un lapin, ne provoquèrent aucun accident immédiat ni consécutif, malgré son injection dans les veines, le péritoine et le tissu cellulaire. Ce liquide n'est donc pas septique dans tous les cas. (*Gaz. hebdom.*, nº 50.)

Kystes hydatiques intra-thoraciques. *Excision.* La ponction, l'injection ou l'électricité, employées contre ces kystes, ne sont plus des moyens assez certains de leur guérison radicale. Leur extraction, pour être une opération redoutable, n'en est pas moins tentée pour en rendre la récidive impossible. Qu'ils siègent dans la cavité de la plèvre ou dans l'intérieur même du poumon, l'empyème est également employé à cet effet. Plus de 12 succès de ce genre ont été obtenus par le docteur Bird (de Victoria), dont voici deux exemples types.

Une femme mariée, de vingt-six ans, présentait un tel développement du côté droit de la poitrine qu'il mesurait un pouce et demi de plus que le gauche. Des douleurs locales, sans pleurésie antérieure, et une matité arrondie, caractéristique d'un kyste hydatique, fut trouvée dans la partie inférieure du thorax. Respiration normale au sommet. Un trocart plongé dans le septième espace intercostal donna issue à trois pintes de liquide semi-purulent, contenant d'abondants crochets d'hydatides. Le diagnostic antérieur d'hypertrophie hépatique ou d'abcès fut ainsi modifié.

La matité persista néanmoins, avec douleurs locales et de la fièvre, d'où la conclusion qu'un kyste hydatique en était la cause et l'indication de l'extraire. Une grande incision fut pratiquée dix jours après, entre la septième et la huitième côte, et un volumineux kyste hydatique en décomposition fut extrait sans difficulté en plusieurs fragments. Du pus et un écoulement de sang veineux en suivirent le détachement, et un tube, étant laissé dans la plèvre, détermina l'évacuation entière.

L'opérée allait mieux, quand les mêmes phénomènes se renouvelèrent quinze jours après, avec dyspnée et oppression. L'exploration de la plèvre décela un autre kyste qui donna dix onces de liquide hydatique parfaitement clair, avec des échinocoques. L'enveloppe du kyste fut ensuite extraite et la plèvre irriguée avec une faible solution iodée. La guérison semblait certaine, quand de nouveaux symptômes indiquant la présence d'hydatides dans le péricarde, comme accès de dyspnée, avec syncope et murmure cardiaque confus, augmentant sans cesse d'intensité, déterminèrent la mort subite.

La présence de volumineux et vieux kystes suppurés du poumon se décèle parfois en se frayant une issue par les bronches, avec expectoration de pus fétide contenant des fragments hydatiques. Ils se distinguent des précédents par la matité immobile dans le changement de position.

L'empyème est d'autant plus sûr et facile, en pareil cas, que des adhérences pleurétiques existent ordinairement. C'était le cas chez une fille de neuf ans, très émaciée, avec fièvre hectique, toux constante, expecto-

ration purulente d'une horrible fétidité, avec fragments hydatiques. Elle pouvait à peine respirer en se courbant du côté de la matité. Un gros trocart fut introduit entre la cinquième et la sixème côte, avec écoulement de pus fétide et des fragments kystiques. Deux jours après, l'ouverture fut élargie et le kyste enlevé. Un tube fut laissé à demeure, pour laver le foyer. Moins d'un mois après, l'enfant retournait chez elle en parfaite santé, avec une plaie entièrement cicatrisée. (*Soc. méd. de Victoria* et *Boston med. and surg. journ.*, n° 7, février.)

Evidemment, il faudrait des observations plus nombreuses et plus concluantes pour admettre, avec l'auteur, l'innocuité d'aussi redoutables opérations. Ces kystes hydatiques n'entraînent pas toujours la suppuration, comme il le dit, et celle qu'il a constamment trouvée exclut précisément, aussi bien que la guérison, la nature même de ces kystes.

Un succès remarquable en est relaté par les docteurs Jenger et Hollister. C'était un kyste hydatique du poumon, datant de douze années, autour duquel la suppuration s'était formée. Une incision fut faite dans le troisième espace intercostal en avant et une contre-ouverture pratiquée entre la cinquième et la sixième côte. Un tube à drainage servait à des injections quotidiennes d'acide phénique.

Mais, sur six cas d'une intervention chirurgicale dans des cavités non tuberculeuses du poumon, relatés par les auteurs, c'est l'unique succès. Ce résultat n'est donc pas très encourageant. (*Amer. journ. of med. sciences*, octobre 1881.)

Le cas de guérison obtenu, par M. Bucquoy, chez un serrurier de trente-neuf ans, n'est pas moins instructif. Après les signes positifs d'un léger épanchement pleurétique du côté droit, avec dyspnée intense, on constata ceux du pneumo-thorax, sans aucune hérédité ni trace de tuberculose. Une quinte violente de toux amena une vomique muco-purulente abondante, sans que le niveau de l'épanchement s'abaissât. Aussi son accroissement ultérieur et les symptômes alarmants exigèrent une thoracentèse avec le trocart de Reybard, qui donna 2 800 grammes d'un liquide fétide. Une grande amélio-

ration immédiate n'empêcha pas la récidive. Fièvre intense, haleine fétide, dyspnée considérable, prostration extrême. Une nouvelle ponction n'ayant donné que 100 centimètres cubes de liquide purulent, très fétide, l'empyème devint nécessaire et fut pratiqué, dès le lendemain, par l'incision du septième espace intercostal droit. Une faible quantité de liquide purulent s'écoula, mélangé de fausses membranes, et l'ouverture s'obstrua par une membrane volumineuse, d'aspect particulier. C'était une hydatide non rompue, du volume d'une orange. Une sonde laissée à demeure servit à pratiquer des lavages d'eau alcoolisée.

Tous les symptômes s'amendèrent rapidement, et, l'aspect purulent de l'écoulement ayant disparu, il revêtit les caractères d'une simple expectoration. La cavité du kyste diminua progressivement, et sauf une petite fistule faisant encore communiquer les bronches avec l'air extérieur, ce malade est parfaitement guéri. (*Soc. méd. des hôp.*, 23 juin.)

Kystes parovariens. Ils apparaîtraient et disparaîtraient alternativement parfois, comme les polypes ou fibromes utérins, d'après un gynécologiste autorisé, le professeur Goodell, de Philadelphie. On en constate très manifestement la présence graduellement croissante ; on fixe le jour et l'heure pour les enlever, et, au moment précis, on n'en trouve plus trace ; ils sont disparus, non de la même manière sans doute, mais en s'évanouissant spontanément. L'absorption du liquide n'en pouvant rendre compte, on est obligé d'admettre leur rupture spontanée. Ils s'effondrent ou éclatent pour ainsi dire, comme les accidents observés dans quelques cas le démontrent : d'où le nom de *bursting cysts* qui leur est donné.

Trois exemples en ont été longuement relatés au dernier meeting anuel de l'*American gynecological Society*, le premier sur une femme de quarante-six ans, mère de trois enfants. Deux ans auparavant, elle avait senti une petite tumeur abdominale, qui fut jugée de nature fibreuse par son médecin et par Atlee ensuite. Un nodule fibreux se rencontrait en effet dans le col, à la hauteur de

l'orifice interne; mais une autre tumeur fluctuante, grosse comme une tête d'adulte, était perçue en avant de l'utérus. L'index dans le col ne lui imprimait aucun mouvement.

La gêne et une sensation de déchirement douloureux obligèrent à recourir à la ponction deux mois après, avec issue d'environ huit quarts d'un liquide rougeâtre évidemment teint de sang. La tumeur disparut, sauf une dureté dans le ligament large droit. On crut à un kyste uniloculaire de l'ovaire; mais la cellule caractéristique ne se trouva pas, à l'examen microscopique du liquide.

Dix jours après, le kyste se reformait, et la malade en réclamait instamment la ponction vingt-cinq jours plus tard. C'est alors qu'en se rendant à cet effet chez elle, le 8 novembre, M. Goodell la trouva souffrant de coliques. Une heure avant son arrivée, en se soulevant pour accrocher un objet, le kyste s'était rompu, car on n'en trouvait plus trace. Une urination surabondante et plus ou moins de malaise abdominal furent les seules conséquences de cet événement.

Dès le 16 novembre suivant, un sentiment d'éclatement rendit une nouvelle ponction nécessaire. Elle donna issue à treize quarts d'un liquide clair, avec une légère teinte émeraude, et toujours sans la cellule caractéristique.

Nouvelle ponction le 21 janvier 1880 ; le 13 février, le kyste se rompit de nouveau spontanément, avec des douleurs si aiguës et un collapsus si alarmant que le chirurgien fut appelé en toute hâte. Tout fut calmé par l'opium à haute dose, en trois jours. Une ponction fut dès lors répétée régulièrement les quatre mois suivants, plutôt en avance qu'en retard, pour éviter cet accident. Une vive douleur dans l'hypocondre droit en résulta chaque fois, par l'affaissement des parois du kyste, et nécessita le séjour au lit pendant plusieurs jours.

Le séjour à la cammpagne pendant l'été ne changea rien à cet état. Deux ruptures spontanées se produisirent, avec les mêmes accidents, et deux ponctions furent faites. Au retour, deux furent pratiquées pendant le mois de novembre et donnèrent le même liquide : ce qui, au total, fit dix ponctions et quatre ruptures de ce kyste.

Il avait été question à plusieurs reprises d'une opéra-

tion radicale. Le mari la refusait toujours, à cause de l'excellent état de santé de sa femme. La crainte d'adhérences par ces ponctions répétées le fit seule fléchir. Elle eut lieu le 18 décembre, sans aucune complication. Une seule adhérence existait avec l'épiploon droit, formant une longue bande par le poids du kyste. C'était là évidemment la principale cause de la douleur accusée lorsqu'il était plein.

Les parois du kyste furent trouvées très épaissies et d'un bleu conjonctival magnifique. C'était donc bien un kyste de l'ovaire, mais l'examen microscopique montra qu'à l'ovaire dégénéré s'ajoutait ce kyste du parovarium. La santé persistante de la femme en était bien le caractère; mais la teinte du liquide extrait, rougeâtre d'abord et grise ensuite, contrastait avec la limpidité et l'opalescence ordinaires du contenu de ces kystes. La récidive et sa reproduction très rapide surtout en étaient d'autres différences encore plus frappantes. Les kystes parovariens uniloculaires, comme celui-ci, guérissent ordinairement par la ponction, ou, s'ils se reproduisent, ce n'est que très lentement et plus ou moins d'années après une guérison apparente, comme des exemples en sont rapportés.

Ces caractères différentiels du kyste parovarien ou du ligament large, qui le rendent susceptible de rupture, sont, d'après l'auteur, dans la constitution spéciale de ses parois. Appelé à enlever un kyste ayant disparu à plusieurs reprises, d'après l'observation de gynécologistes habiles, il trouva de même, à la limite de l'ovaire gauche, un large kyste, rempli de liquide trouble, à côté d'un autre plus petit, dépendant de l'ovaire même. La femme guérit aussi. Dans le troisième cas, au contraire, la rupture eut lieu pendant un examen, et une péritonite mortelle en résulta.

Ces ruptures ne sont pas absolument rares, comme la discussion l'a montré; mais il s'agit de distinguer celles qui s'opèrent par accident, traumatiquement, de celles qui sont spontanées et se répètent régulièrement, comme dans les deux cas précédents, jusqu'à trois et quatre reprises, sans que les femmes en éprouvent d'autres suites que des douleurs passagères. C'est dans ce fait

qu'est la nouveauté et l'intérêt du sujet. Sur plus de 25 cas rappelés dans cette discussion, un seul, observé par le docteur Dunlap, était une rupture spontanée. Le kyste se reproduisit ensuite et dut être enlevé, ayant des parois très épaisses, et contenant à peine une pinte de liquide clair comme de l'eau de roche. Tous ces kystes parovariens ne guérissent donc pas par la ponction seule. (*Transact. of the american gynec. Society*, 1881.)

Kyste du pancréas. Une femme mariée, de quarante et un ans, souffrait depuis sept ans de douleurs dans la région iliaque droite, et l'abdomen avait pris un tel développement dans les deux dernières années que le diamètre en était de 41 pouces. Les docteurs Emmet et Bozeman diagnostiquèrent un kyste de l'ovaire. A l'ouverture du ventre par celui-ci, la tumeur se présenta comme un kyste uniloculaire, et sa ponction donna deux gallons et demi ou 11 litres environ d'un liquide brun clair acide. Mais, à la grande surprise des assistants, on découvrit alors que l'utérus et les ovaires étaient sains et que le pédicule s'insérait à la partie supérieure et profonde du ventre. L'incision fut prolongée en haut et montra que le kyste provenait de l'extrémité gauche du pancréas, en refoulant l'estomac contre le diaphragme et l'intestin grêle en bas. En divisant le pédicule, une artère aussi volumineuse que la brachiale fut découverte. La veine splénique, également très développée, était en rapport étroit avec la tumeur. L'opérée guérit parfaitement et fut présentée à la Société pathologique de New-York, au mois de décembre 1881, ainsi que le kyste, dont le poids s'élevait à 20 livres et demie. (*Lancet*, 11 février.)

Ce fait curieux ne paraît pas se rapporter aux kystes ordinaires du pancréas, décrits comme de simples dilatations du conduit pancréatique par obstruction calculeuse ou autre. Ceux-ci, d'un développement irrégulier, contiennent en général un liquide laiteux ou des concrétions pancréatiques, et jamais aucun de ces kystes n'a atteint un tel volume. Il est donc difficile d'y assimiler celui-ci par la laconicité des détails. Deux cas, rapportés en 1881 par Kulen-Kampff (de Brême), chez un homme de trente-neuf ans, et Rokitansky (de Vienne) chez une

femme de trente-six ans, ne présentent pas en effet les mêmes caractères. En adhérant fortement à l'épiploon, l'estomac et au côlon, celui-ci détermina une péritonite suppurée et la mort, et ce n'est qu'à l'autopsie que son insertion au niveau de la queue du pancréas put être vérifiée. (*Amer. journ. of med. sc.*, avril.)

Kyste à cysticerques. Ce signe de la ladrerie s'est rencontré sur un individu observé par le docteur Fournèse, porteur de quinze à vingt de ces kystes, ayant le volume d'un grain de raisin et une forme régulièrement ovoïde. Le premier est apparu à la joue droite, et les autres se sont ensuite montrés successivement au cou, aux bras, à l'abdomen et même au périnée. Quelques-uns semblent sous-aponévrotiques, et leur ablation a permis de reconnaître au microscope des crochets nombreux. Le ver se trouve dans une vésicule pleine de granulations calcaires.

Six mois avant l'apparition de ces kystes, cet homme avait rendu un tænia solium à l'aide du kousso. On peut donc voir là l'origine de ces kystes, dont le traitement le plus sûr sont des injections tænicides ou l'électropuncture. (*Soc. méd. des hôp.*, août.)

Un cas analogue a été rencontré à l'hôpital Tenon par M. Rathery chez un cardiopathe. Une vingtaine de tumeurs kystiques contenant des cysticerques étaient répandues sur la surface du corps. A l'autopsie, M. Sevestre constata que tous ces kystes ladriques étaient situés dans l'épaisseur des muscles ; les viscères n'en contenaient pas ; il y avait un tænia armé dans l'intestin grêle à 75 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale. (*Idem*, 13 octobre.)

Il est remarquable, d'après ces faits, combien le pronostic de la ladrerie est bénin chez l'homme par rapport au porc. L'absence de troubles fonctionnels, généraux et locaux, ne permit même pas au malade précédent de s'apercevoir de ces petites tumeurs révélées par hasard et la disparition complète et spontanée des accidents montre leur peu d'importance. L'autopsie n'en révéla pas dans le cœur à la suite d'une hématurie. Un athérome de la valvule mitrale, se prolongeant dans l'aorte, était la seule lésion.

L

LANGUE. Son excision totale par la méthode directe de Whitehead, décrite l'année dernière, obtient un véritable succès en Angleterre. Deux nouvelles applications en sont relatées contre l'épithélioma de cet organe, l'une par le docteur Elder, chez un homme de cinquante ans; l'autre chez un jardinier de cinquante-six ans, par le docteur A. Marshall. (*Lancet*, 25 février.)

Le procédé est des plus simples et à la portée de tous les praticiens. Il ne s'agit que de fixer deux ligatures à la pointe de la langue pour l'attirer hors de la bouche, maintenue largement ouverte. On excise le mal à petits coups de ciseaux, sans qu'aucune hémorrhagie soit à redouter, dès que l'hémostase des artères linguales est assurée. (Voy. Epithélioma, 1881).

Sur 501 cancéreux observés à la consultation externe de l'hôpital Middlesex, pendant les dix années de 1872 à 1881, M. H. Morris en a rencontré 36 atteints d'épithélioma de la langue. Sur les 500 cas de cancer de la pratique de *sir* J. Paget, collectés par M. Morrant Baker, la langue en était 30 fois le siège primitif. Tandis que, sur les 520 cas relatés par M. Sibley, il n'y avait que 14 cas d'épithélioma lingual. C'est donc un total de 80 cas sur 1521 cancers primitifs. (*Med. Soc. of London*, 24 avril et *Lancet*, 13 mai.)

Macroglossie. Un exemple congénital s'en est offert au docteur Guerlain, de Boulogne-sur-Mer, chez une fille née en septembre 1875, pesant 4 kilogrammes, avec une langue énorme, sortie de la bouche et ne pouvant y rentrer. Elle mesurait 5 centimètres de long sur 4 de large et 2 d'épaisseur, avec de nombreux vaisseaux variqueux sous-muqueux.

Néanmoins l'enfant put être élevée à la cuillère et se développa sans augmentation de la langue; au contraire, elle diminua peu à peu de volume et rentrait spontanément dans la bouche à 18 mois. Les dents inférieures en furent déviées en bas et en avant. La parole était relativement facile.

Vers l'âge de six ans, une maladie fébrile amena une récidive de l'hypertrophie linguale. Le gonflement augmenta, avec ulcération de la muqueuse. L'ignipuncture fut dès lors essayée, en traversant la langue à plusieurs reprises avec la lame du thermo-cautère. L'amputation partielle restera comme dernière ressource, si ce moyen ne réussit pas. (*Soc. de chir.*, novembre.)

Ulcération tuberculeuse. L'excision en a été pratiquée par M. Trélat le 5 janvier, sur un homme de trente-six ans qui ne s'en apercevait que depuis trois mois. La moitié gauche de la langue était tuméfiée, épaissie, avec une crevasse profonde vers le tiers antérieur, anfractueuse au milieu, avec de petits amas jaunâtres. Une autre se forme en avant, et une ulcération superficielle d'un centimètre et demi de long existe sur le côté, sans induration. Quelques ganglions sous-maxillaires sont engorgés, mais les poumons sont sains.

Le diagnostic différentiel étant facile et un follicule tuberculeux jaunâtre avec cellule géante au centre étant constaté, la partie malade fut limitée avec des épingles en cuivre, et le lambeau en fut excisé avec l'anse galvanique. Aucune hémorrhagie ni complication grave ne survinrent et vingt jours après l'opéré quittait l'hôpital. (*Ann. des malad. de l'oreille et du larynx*, nº 1.)

Voici donc la chirurgie armée en guerre contre le tubercule local, de même que contre l'épithélioma. L'avenir dira quel en sera l'effet sur sa généralisation.

Trois exemples observés par le docteur Thomayer (de Prague) ne lui ont donné aucun succès par le traitement. Le premier consistait en une large fissure au milieu du dos de la langue, et le second ulcère envahissait la moitié droite de la pointe, l'un et l'autre ayant un fond jaunâtre parsemé de nodules tuberculeux, avec des bords durs et épais. Les deux poumons, également envahis dans le premier cas, ne laissaient aucun espoir de guérison ; mais, sans cette grave complication, le second ne fut nullement modifié par une cautérisation au chlorure de zinc.

Semblable au précédent, le troisième ulcère siégeait

au frein, et la eautérisation amena une amélioration temporaire, en faisant disparaître les nodules; mais ce fut tout. L'examen microseopique des deux premiers cas montra la destruction de la muqueuse et du tissu sous-muqueux. La base était formée d'une épaisse couche de petites cellules rondes, séparées ici et là par des amas musculaires entre lesquels se trouvaient des cellules géantes, séparées par un stroma tuberculeux. Quelques tubereules isolés furent trouvés profondément dans le tissu même de la langue. Les fibres musculaires en étaient aussi envahies, avee prolifération des nucléoles musculaires et de l'endothélium des vaisseaux.

D'où la démonstration pour l'auteur de l'inutilité de traiter des lésions aussi profondes et étendues par les caustiques, et il arrive ainsi à la même conelusion que M. Trélat : l'excision hâtive du mal.

LARYNGOTOMIE INTER-CRICO-THYROIDIENNE. Cette opération, facile et simple, dite de Vieq-d'Azyr, remise surtout en honneur par le docteur Krishaber, tend de plus en plus à se substituer à la traehéotomie par les dangers que présente eelle-ci. (Voy. Trachéotomie, 1878.) Pratiquée exceptionnellement dans des eas spéeiaux, ehez l'adulte, pour l'excision de tumeurs malignes du larynx et comme proeédé de nécessité, on y faisait peu d'attention. Ayant eu à la répéter eomme opération préliminaire pour exeiser un épithélioma du planeher de la bouehe, M. Riehelot, frappé de sa faeilité d'exéeution, l'a remise à l'ordre du jour, en proposant d'en généraliser l'emploi avee l'usage du thermo-eautère et la petite canule à mandrin de M. Krishaber; la canule ordinaire de la traehéotomie ne pouvant être introduite qu'en ineisant le erieoïde. Bien que sans inconvénient, cette incision doit être évitée.

Suivant M. Nieaise, la valeur de eette opération ne peut encore être appréciée complètement; mais elle est applicable quand le eorps thyroïde est volumineux ou qu'il existe de gros vaisseaux dans la région. On pouvait craindre que le voisinage des eordes vocales et la possibilité de leur altération, aussi bien que la néerose du eartilage thyroïde, ne la contrindiquassent. Mais les

faits y ont répondu par l'état des opérés depuis plusieurs années. M. Verneuil la considère ainsi comme excellente, très facile, exclusivement applicable à certains cas, et moins dangereuse que la trachéotomie. Il l'a pratiquée avec succès pour des épithéliomas du larynx et du pharynx, alors que la trachéotomie eût été impossible.

Le moindre praticien la fait très facilement, dit M. Farabeuf, et les anomalies vasculaires sont très rares à ce niveau. On peut respirer à travers un tube très petit, et la canule de M. Krishaber a pu rester à demeure un an sans déplacement ni douleur. Pratiquée contre le croup par M. Lannelongue, dans un cas où la trachéotomie eût été difficile, elle n'a présenté aucun embarras, et l'enfant a guéri. La trachéotomie amène de tels accidents, même entre les mains des plus habiles, qu'il y a lieu de se demander si la laryngotomie, plus facile et plus sûre, ne doit pas la remplacer. La facilité qu'il y a, chez l'enfant, à augmenter graduellement le calibre des canules par le ramollissement du cricoïde, en serait une condition favorable, suivant M. Pozzi.

Tous les chirurgiens se sont ainsi accordés pour en faire une opération de nécessité dans certains cas et à la mettre en expérience pour remplacer la trachéotomie, quand celle-ci présente des difficultés. M. Després seul a fait opposition à cette idée, en invoquant les statistiques sans accidents opératoires de celle-ci. (*Soc. de chir.*, avril, et *Ann. des malad. du larynx*, novembre.)

LEUCOCYTHÉMIE. Localisée par l'histologie même dans certains organes : la rate et les ganglions lymphatiques, en particulier par Virchow, qui a le plus contribué à la cantonner aussi étroitement, cette affection obscure tend de plus en plus, par les progrès même de la science qui l'a constituée, à rentrer dans le torrent circulatoire et devenir une altération générale du sang, sans siège précis, selon l'Ecole française. Des armes bien fourbies servent au docteur Variot, préparateur d'histologie à la Faculté de médecine, pour prendre cette revanche. Ayant constaté, par des préparations irrécusables, l'accumulation de leucocytes dans les capillaires

du foie, où ils forment des engorgements avec épaississement de la paroi, déterminant une hypertrophie considérable de l'organe, — lésion si commune dans cette maladie que Isambert l'a constatée 32 fois sur 41 observations, — il en prend acte pour établir que le foie a une part essentielle à cette affection, sans qu'on l'ait prévu. La cirrhose avait bien été observée à l'œil nu; mais son mécanisme leucocytique n'était pas découvert. Aucun auteur ne l'indique, et les observations qu'il rapporte en sont le premier témoignage.

En montrant que c'est là une simple accumulation de leucocytes provenant du sang, et qu'il n'en peut être autrement, il examine si la formation leucocytogène, attribuée à la rate par Virchow, est mieux établie. Et, l'engorgement de cet organe répondant comme celui du foie à une véritable accumulation de leucocytes, il conclut qu'elle ne saurait être le siège de leur génération, puisque ces leucocytes se rencontrent après son excision chez l'homme et existent en abondance dans le sang d'animaux dépourvus de rate, comme les insectes et les mollusques. Un examen identique des ganglions lymphatiques hypertrophiés conduit au même résultat, et la ruine de ces prétendus organes hématopoiétiques est aussi facilement consommée que celle de la moelle.

La naissance directe des globules blancs établie par Ranvier en les voyant surgir des cellules lymphatiques du sang, et leur prolifération dans le sang circulant ayant été observée d'une façon indéniable, il s'ensuit que cette maladie obscure n'a pas d'autre origine que le sang même, dont elle constitue une profonde altération.

Au point de vue clinique, les lésions viscérales et ganglionnaires ont une importance majeure, puisqu'elles sont les signes avant-coureurs de cette grave maladie. Elles doivent guider le praticien pour la prévenir, mais ce n'est pas en en plaçant le siège dans ces organes et en agissant exclusivement sur eux que l'on peut en retarder ni en empêcher la manifestation. (*Journ. de l'anat. et la physiol.*, n° 3.) Voy. SPLÉNECTOMIE.

LIGATURES. Ligature de la carotide externe. *Nouveau point de repère.* La communication d'un cas de

mort survenue huit jours après une ligature au-dessous de la thyroïdienne, suivie d'hémiplégie, par le professeur Dubrueil, a été l'occasion, pour M. Farabeuf, de signaler un nouveau point de repère pour pratiquer plus sûrement cette opération délicate. Son siège d'élection étant dans un segment de 10 à 12 millimètres compris entre l'origine de la thyroïdienne supérieure et celle de la linguale, comme M. Guyon l'a indiqué, ainsi que le chirurgien américain Viett, en 1878, il s'agit de connaître un point de repère fixe pour découvrir sûrement cet espace restreint. La thyroïdienne supérieure naît toujours, en effet, très près ou au niveau de la bifurcation de la carotide primitive, tandis que la linguale est ordinairement à 12 millimètres au delà, sans qu'aucune anomalie de ces anastomoses puisse raccourcir ce segment. Et comme on ne lie la carotide que pour des affections de la joue où se rendent les artères situées au delà, le siège d'élection chirurgical ne peut varier.

La *grande corne de l'os hyoïde*, dont les auteurs n'ont pas parlé jusqu'ici, est le nouveau point de repère indiqué pour arriver directement sur la carotide externe. La situation très variable du grand hypoglosse, indiqué par M. Guyon, est un guide incertain, et découvrir la carotide primitive ou chercher une collatérale au-dessous est une opération trop délicate et dangereuse pour s'y fier. L'os hyoïde n'offre pas tous ces inconvénients; il est tangible et superficiel. La carotide externe est au contact de la grande corne, du côté de la colonne vertébrale. Il conduit nécessairement au lieu d'élection, car cette grande corne est toujours située entre l'origine de la thyroïdienne supérieure et celle de la linguale. L'hypoglosse se trouve ordinairement au-dessus de cette corne, en croisant transversalement la carotide externe, et le tronc veineux, réunissant les veines faciale, linguale et thyroïdienne, est situé obliquement au-dessous.

C'est dans le triangle ainsi formé que se trouve le lieu d'élection. Avec cette régularité, la ligature n'est plus qu'un jeu; mais parfois le tronc veineux se rencontre sur la grande corne, ou bien les veines qui le constituent, étant divisées, forment un grillage au-de-

vant de la carotide externe. Ces dispositions augmentent les difficultés, mais, en étant prévues, elles peuvent être aisément surmontées.

Ce point de repère est accepté par M. Tillaux comme plus fixe et appréciable que l'hypoglosse. On s'égare en cherchant la gaine du sterno-mastoïdien, comme l'a indiqué Malgaigne. Les battements sur le vivant diminuent heureusement les difficultés. L'os hyoïde pouvant être écarté et masqué, le point le plus important est la reconnaissance des collatérales, et il conseille de ne pas placer le fil avant d'en avoir reconnu une. Le tronc veineux, suivant M. Le Dentu, doit aussi servir de guide, car il est toujours placé au-dessous du point où le fil doit être passé. C'est surtout avec une plaie exsangue que l'on opère sûrement, dit M. Verneuil : d'où l'indication de lier préalablement tous les vaisseaux divisés et de n'exciser aucun ganglion pour faire place, car ils peuvent donner lieu à un écoulement sanguin abondant. (*Soc. de chir.*, juin.)

Ligature de la radiale. La justesse du précepte, formulé par M. Tillaux, de lier les deux bouts de l'artère dans la plaie, est confirmée par un nouvel exemple du docteur Latil (d'Aix). Un garçon d'hôtel de vingt ans ayant brisé une bouteille en la rinçant, le 10 juillet, un fragment de verre s'implanta dans la partie supérieure de l'avant-bras droit. Un jet de sang rutilant et saccadé jaillit immédiatement. Après des tentatives d'hémostase avec le perchlorure de fer et la compression, le blessé se présente une heure ensuite dans un état syncopal, très pâle, avec un pouls lent et très petit. Une plaie de 5 à 6 centimètres existe au tiers supérieur de l'avant-bras, à la partie médiane, et se dirigeant obliquement en dehors. Les artères radiale et brachiale battent avec de faibles pulsations dans la première. Mais, l'hémorrhagie étant suspendue, on s'oppose à toute opération, et une compression méthodique est simplement établie. Huit jours après, une légère tuméfaction, animée de battements, existe au niveau de la plaie. Légère hémorrhagie le lendemain et le surlendemain. Le blessé comprend alors la nécessité d'une ligature.

Une incision de 8 à 10 centimètres sur le trajet de la radiale tombe sur une poche anévrismatique grosse comme un œuf. Elle est débarrassée de ses caillots, et ce n'est qu'après un quart d'heure de recherches que la radiale est découverte au milieu de tissus suppurants, sectionnée *dans les trois quarts* de sa circonférence; une ligature est placée au-dessous de la plaie artérielle, avec pansement à la charpie phéniquée. Les suites de l'opération furent très simples : les fils tombaient tous deux au matin du huitième jour, et le 10 août la plaie était cicatrisée. (*Bull. de thérap.*)

PSEUDO-LIPOME SUS-CLAVICULAIRE. Cette tumeur, mollasse, pâteuse, formée de tissu graisseux non enkysté — ainsi appelée par M. Verneuil, qui l'a distinguée sinon observée le premier en France — est considérée comme un simple œdème par le professeur Potain. Il la rattache ainsi à l'arthritisme, dont elle serait une simple complication. (Voy. RHUMATISME.)

LITHOTRITIE. Sur 14 calculeux égyptiens, opérés par la litholapaxie en une seule séance, le docteur Zancarol, d'Alexandrie, n'en a perdu que 2, tandis que, sur 13 lithotrities ordinaires, il a eu 11 guérisons. L'avantage serait donc à celle-ci. (*Revue de chir.*, août.)

Etude sur la lithotritie à séances prolongées. Thèse inaugurale, soutenue à la Faculté de médecine de Paris, par le docteur E. Desnos fils, 1882. Résumé de la pratique et des leçons du professeur Guyon, à l'hôpital Necker, avec la statistique de ses opérations et les différentes modifications apportées par lui à la pratique américaine et anglaise de la *litholapaxie* du professeur Bigelow, de Boston. La Société de chirurgie lui a décerné le prix Duval; c'est assez dire son mérite.

Il ne faut plus s'étonner qu'avec le tempérament réfléchi, calme, prudent du successeur de Civiale, et venant surtout d'un pays où tout s'improvise, la lithotritie rapide, en une seule séance, ait mis un certain temps à s'acclimater à Paris. Il ne s'agissait pas, pour cet habile opérateur, de suivre servilement les indications venant

d'Amérique. Etudiant et analysant lentement tous les temps de cette opération nouvelle, pour faire mentir le proverbe sur l'enthousiasme irréfléchi des Français, il a modifié profondément ces indications et le manuel opératoire, comme nous l'avons indiqué dès l'année dernière. Au lieu de faire de l'évacuation le temps principal de l'opération, c'est sur le broiement complet et rapide, et le lavage de la vessie ensuite, que compte M. Guyon pour la mener à bonne fin ; ce lavage excitant de la vessie pouvant se faire sans prolonger la chloroformisation. Elle ne convient pas dès lors à tous les cas indistinctement. Plusieurs séances peuvent être nécessaires, et sa naturalisation française, dont cette thèse est l'expression, se fait ainsi sous le nom de *lithotritie à séances prolongées*, pour mieux en indiquer le manuel spécial.

De la lithotritie rapide, par le docteur Reliquet. Paris. Les spécialistes français s'accordent pour faire échec à leurs collègues anglais et américains, qui préconisent cette opération en une seule séance *quand même*. Leur technique n'est pas si radicale, et, tout en adoptant le principe et le procédé opératoire, ils diffèrent dans l'exécution. Tout dépend de la facilité de débarrasser la vessie. Dès que celle-ci manifeste de l'intolérance ou de la douleur, ils préfèrent s'y reprendre à deux ou trois fois plutôt que de poursuivre une entreprise pouvant être préjudiciable au malade. En profitant de la nouvelle méthode, ils n'abandonnent pas absolument l'ancienne.

LUXATIONS. Luxations anciennes de l'épaule. *Résection sous-cutanée des adhérences*. A l'exemple de quelques chirurgiens, Diffenbach et Simon, ayant déjà exécuté cette opération dans les luxations irréductibles, M. Polaillon l'a répétée sur un garçon de vingt-quatre ans qui s'était luxé l'épaule en province, quatre mois auparavant. Méconnue pendant les cinq premières semaines, cette luxation n'avait pu être réduite lorsqu'on l'avait reconnue. A son entrée à la Pitié, la réduction fut impossible par les moyens habituels, malgré une traction de 115 kilos ; après un quart d'heure d'efforts,

la tête glissa légèrement en dehors, et la luxation, d'intra-coracoïdienne, devint sous-coracoïdienne.

Le 28 décembre dernier, toutes les précautions antiseptiques étant prises, une ponction fut faite à la région deltoïdienne, à 3 centimètres de la pointe de l'acromion; un ténotome mousse, y étant introduit, sectionna les brides qui environnaient la tête de l'os luxé. Deux jours après, la plaie était cicatrisée, et, quatre jours plus tard, une traction de 110 kilos ramena facilement la tête de l'humérus à sa place par la manœuvre ordinaire. L'épaule fut immédiatement immobilisée; néanmoins, les jours suivants, il y eut un léger glissement en avant, dû sans doute à l'usure du bord antérieur de la cavité glénoïde, dont la surface devait être certainement modifiée après cinq mois de déplacement.

Sous l'influence de l'électrisation, du massage et des bains sulfureux, les mouvements étaient revenus au bout d'un mois.

En somme, c'est là une opération facile et exempte de dangers, puisqu'on opère à distance des vaisseaux et des nerfs, dont il faut d'abord déterminer le siège avec soin. Toute luxation qui résiste à une traction de 100 à 150 kilos sous le chloroforme peut donc être réduite par ce moyen, surtout si l'on emploie la méthode antiseptique. (*Soc. de chirurgie*, 22 février.)

Une observation à ce sujet par le docteur Mollière, de Lyon, n'a fait que confirmer les conclusions précédentes. (*Acad. de méd.*, 8 août.) Mais le docteur Ceppi se demande si l'on avait préalablement employé, dans ces cas, la méthode de rotation et d'élévation de Kocher. (Voy. *année* 1881.) Depuis que cette méthode a été surtout appliquée aux luxations sous-coracoïdiennes invétérées, datant de trois semaines à quatre mois, comme 20 observations en sont relatées, il y a bien lieu de se demander si des adhérences n'existaient pas et si elle n'eût pas réussi d'emblée dans les deux cas précédents. D'où l'indication d'en faire l'essai préalablement, sauf à sectionner les adhérences ensuite si elle se montre insuffisante. (*Revue de chir.*, octobre.)

Nouveau procédé. Je fléchis le pouce de la main

droite à angle droit, dit le docteur Charny (de Mirepoix), puis je le serre fortement avec les quatre autres doigts, en observant de faire appuyer l'extrémité du pouce sur l'annulaire; il en résulte une cavité formée par le pouce et l'indicateur, dans laquelle j'introduis la tête de l'humérus; j'applique en même temps la main gauche sur l'acromion.

Ainsi disposé, je fais pratiquer l'extension et la contre-extension, pendant que, de mon côté, je pousse en haut la tête de l'humérus, qui avec une force médiocre ne tarde pas à rentrer dans la cavité glénoïde.

Par cette pression circulaire et uniforme, on a le grand avantage d'éviter que la luxation se produise en avant ou en arrière. (*Bull. de thérap.*, n° 7, avril.)

Luxations anciennes du coude. *Appareil de Jarvis.* La coaptation manuelle de l'opérateur est indispensable à la réduction, selon le professeur Le Fort, d'après deux exemples opérés à l'hôpital Beaujon, le premier au 27e jour, chez une femme de trente-neuf ans; le second au 15e jour, chez une couturière de quarante-huit ans. Malgré des tractions de 60 à 80 kilogrammes, exercées avec l'appareil appliqué, après chloroformisation, pendant dix minutes, la réduction ne s'effectua pas par la détente subite de la crémaillère. Dans une seconde application en élevant les tractions jusqu'à 90 au 100 kilos et en communiquant à l'articulation des mouvements de latératité, destinés, avec la traction, à briser les adhérences des surfaces articulaires, tandis que l'aide lâche la crémaillère, le chirurgien pousse l'olécrâne en bas et surtout en arrière, de façon à permettre à l'apophyse coronoïde de doubler la poulie humérale qui l'arrête. La réduction s'effectue et se maintient ensuite, grâce à un bandage plâtré, le membre étant à angle droit. C'est l'addition indispensable au succès, même avec fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, comme dans le second cas. (*Revue méd.*, novembre.)

Luxation du genou en arrière. *Gangrène après la réduction.* Le 11 mai, un garçon de dix-neuf ans a la jambe

droite, légèrement fléchie, prise entre une schlitte lourdement chargée et le sol. Resté trois heures sans secours, il est vu le lendemain par le docteur Greuell, qui constate une luxation complète de la jambe en arrière sans fracture. Le genou est un peu tuméfié, sans la moindre écorchure ni la plus petite ecchymose. Réduction immédiate et facile, bandage roulé imbibé d'eau alcoolisée. Aucune nouvelle pendant quatorze jours, lorsque la mère vient dire, le 25, que depuis quatre jours le pied et la jambe étaient comme endormis et que des taches noirâtres existaient. Une gangrène de toute la jambe fut constatée, dont la ligne de démarcation rougeâtre se dessinait à trois ou quatre travers de l'articulation du genou. Issue de pus sanieux de plusieurs fistules du creux du jarret. L'amputation fut refusée, mais huit jours après, le blessé se décida à être amputé dans la continuité de la cuisse. (*Revue méd. de l'Est*, nº 16.)

L'enseignement de ce fait est de ne pas avoir porté assez d'attention à une luxation aussi grave. Que l'artère poplitée ait éprouvé un mouvement de torsion et que la gangrène soit résultée de l'embolie consécutive, comme le suppose le médecin traitant, c'est possible. Mais sa faute a été de ne pas revoir le blessé, même après la réduction. Les blessures les plus bénignes en apparence peuvent avoir de ces suites regrettables, surtout en ne les surveillant pas.

Luxation des tendons péroniers. Signalée accidentellement comme une complication possible de l'entorse ou des fractures, la déchirure de la gaine fibreuse des tendons péroniers, avec déplacement, a été observée sans entorse ni fracture dans le cas suivant par le docteur Wertheimer. Le 25 septembre 1881, le capitaine B..... voyant un lièvre qu'on venait de blesser, saute brusquement à bas de son cheval pour courir après. Mais, sans avoir ressenti aucune douleur au pied gauche, il est presque aussitôt forcé de s'arrêter, la marche étant impossible. On le hisse péniblement sur son cheval; la douleur s'accroît avec tant d'intensité que, deux heures après, un premier pansement devint nécessaire sur le

champ de manœuvre. Revenu chez lui en voiture, il ne peut monter les escaliers qu'avec deux aides et se traîne à genoux jusqu'à son appartement.

A l'examen, le docteur Gorez constate, au milieu d'un gonflement modéré, deux espèces de cordes se dessinant sous la peau, en avant de la malléole externe, intacte. C'étaient les tendons péroniers échappés de leur gaine, qu'il réduisit facilement. Un pansement compressif et résolutif fut appliqué et renouvelé à deux reprises. Le 4 octobre, M. Wertheimer trouva les deux tendons à leur place derrière la malléole; mais une saillie anormale n'en existait pas moins, laquelle persista pendant tout le traitement, jusqu'au 27 novembre et même après la guérison. Tandis qu'à l'état normal il est difficile, sinon impossible, de sentir les tendons cachés profondément dans leur coulisse fibreuse à cet endroit et masqués par le ligament annulaire, on voyait les deux cordes tendineuses se dessiner sous la peau le long de la malléole, au point de pouvoir les saisir, celle du long péronier notamment. Gonflement local peu marqué à la face externe du cou-de-pied, sans douleur, excepté à la pression sur le trajet des deux tendons, le long de la face externe du calcanéum, où régnait un empâtement léger, avec ecchymose allongée à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs du membre. Repos au lit.

Deux explorations successives, à quinze jours d'intervalle, pour constater la réparation de la gaine fibreuse — en portant doucement de la main droite la pointe du pied en dedans, tandis que le pouce gauche restait appliqué sur la malléole, en avant des tendons — firent sentir aussitôt le déplacement du long péronier, tendant à se porter en avant. La déchirure n'était pas réparée à la fin d'octobre, et c'est afin de ne pas condamner le malade au lit et prévenir l'atrophie musculaire qu'un appareil silicaté, embrassant le pied et la partie inférieure de la jambe, fut appliqué le 2 novembre, en permettant aussitôt de se lever et marcher dans l'appartement. Enlevé le 27, les tendons restant bien en place à l'épreuve, il fut remplacé par une chaussette en tissu élastique qui permit bientôt de sortir, quoique jusqu'à

la fin de l'année le blessé ait éprouvé de la difficulté à poser son pied sur le sol.

Ce fait témoigne de la gravité de cette luxation, souvent plus grave que celle des os. L'auteur la met en évidence en la rapprochant des principaux faits analogues, avec ou sans entorse et fracture, où la guérison incomplète a laissé une impotence définitive, à moins d'une opération grave dont un exemple est relaté. (*Bull. méd. du Nord*, janvier.) Quoique long et diffus, ce travail est donc intéressant et offre une véritable utilité pour fixer l'attention sur des lésions que l'on ne considère pas avec toute l'importance qu'elles méritent.

M

MÉNINGITE. Elle peut succéder au *delirium tremens* non fébrile, comme M. A. Robin en a observé récemment trois exemples à l'Hôtel-Dieu annexe, avec localisation à la convexité du cerveau. Cette complication grave est rare sans doute, le professeur Jaccoud l'ayant seul signalée dans son *Traité de pathologie*. « Un individu, après avoir présenté pendant quelques jours des signes non équivoques de delirium tremens, mourut de méningite aiguë. » Le diagnostic porté pendant la vie, ayant été confirmé par l'autopsie dans l'observation suivante, démontre cette interprétation.

Un boulanger de cinquante-deux ans, buveur de profession, s'étant livré dans les derniers temps à des excès plus répétés, entra à l'hôpital avec un délire alcoolique des mieux caractérisés : facies agité et brillant, mouvements brusques, tremblotement général et continuel, sueur profuse, incohérence des réponses, cris et appels, défense contre des ennemis imaginaires, teinte subictérique générale. La température se montra pendant cinq jours entre 37°, 5 et 38°; puis l'agitation se calma. Il survint des mouvements choréiformes dans les doigts et les avant-bras, en même temps que les muscles des jambes étaient agités par des contractions spasmodiques, le coma suivit, et la température monta brusquement à 39°,

avec pouls d'une extrême fréquence et d'une remarquable irrégularité comme les pupilles. Le lendemain, la température atteignit 40° ; aux symptômes constatés la veille s'ajouta une raideur très accusée du cou et du tronc, avec incurvation légère du corps en arrière ; le soir, la température monta à 41° ; le malade était en pleine résolution, dans le plus profond coma ; il mourut dans la nuit.

A l'autopsie, on trouva des traînées d'exsudat méningitique le long de la scissure de Sylvius, dans le sillon de Rolando et dans les sillons qui séparent les circonvolutions frontales ; les méninges cérébelleuses et médullaires, dans la région cervicale, étaient très congestionnées. Une élévation rapide et assez considérable de la température axillaire est donc le signal de cette complication. De là son importance pronostique grave, car la marche de ces méningites terminales, quoique ayant ensuite l'expression symptomatique ordinaire, est plus rapide et le plus souvent fatale. (*Soc. de biol.*, 24 juin.)

Elle complique aussi assez fréquemment la pneumonie, comme des exemples en sont relatés à ce mot.

Disjonction de la voûte crânienne. Ce fait inconnu a été observé par le professeur Parrot, chez trois de ses petits malades de l'hospice des Enfants assistés, âgés de vingt et un, vingt-cinq et trente-six mois. Atteints de diarrhée et pris subitement de convulsions, ils succombent en un à trois jours, et l'on trouve à l'autopsie les lésions d'une méningite généralisée, avec disjonction des pièces osseuses du crâne et épanchement d'un liquide sanguinolent entre elles. L'écartement des sutures coronale et sagittale est le plus considérable, soit 3 à 4 millimètres près du bregma.

Cette disjonction résulte évidemment de l'accroissement subit de l'encéphale par la méningite. Un premier indice était l'aplatissement des plis des circonvolutions et surtout l'augmentation de son poids, variant de 920 à 1 250 grammes, soit une différence de 78 à 110 grammes sur l'état normal. L'exsudat inflammatoire ou tuberculeux, l'œdème et l'hydrocéphalie même peuvent y contribuer, avec d'autant plus d'efficacité que, à cette époque

de la seconde enfance, les membranes élastiques ont disparu, et que la soudure des os ne fait encore que commencer. Ils n'ont ainsi ni l'élasticité ni la solidité capables de résister à cette augmentation subite des parties internes du crâne. Le contenant ne peut suffire au contenu, et la dislocation se manifeste de préférence au sommet, suivant le développement physiologique de bas en haut de l'encéphale. (*Revue de méd.*, février.)

C'est donc un nouveau sujet de recherches dans les cas de méningite inflammatoire ou tuberculeuse, pour savoir si cette lésion est accidentelle ou régulière, pouvant être érigée en loi chez les enfants plus âgés, sur lesquels la méningite frappe de préférence.

Phénomène pupillaire. En pinçant vivement la peau surtout au creux épigastrique, qui en est le point le plus sensible, on voit, dit le professeur Parrot, les pupilles se dilater. Ce signe a été rencontré notamment chez six enfants atteints de méningite tuberculeuse, dans deux cas d'hémorrhagie de la pie-mère et quelques cas d'hydrocéphalie chronique observés en ville et à la clinique des Enfants assistés. Dans d'autres cas de coma, sans convulsions, la pupille reste contractée, mais sans changement, même en pinçant la peau assez énergiquement pour provoquer des grimaces et des mouvements des membres. D'où il conclut qu'un enfant atteint ou non de convulsions, dans le coma, dont les pupilles ne se dilatent pas sous l'influence du pincement de la peau, n'est atteint ni de méningite ni d'hémorrhagie pie-mérienne; il est sous le coup d'une asphyxie avancée, et sa mort est imminente. (*Revue de médecine*, octobre.)

Traitement. Il consiste, d'après M. Vovart, à donner l'iodure de potassium aussitôt que le diagnostic est posé. Après avoir rasé la tête, on répand sur le cuir chevelu, à l'aide d'un petit pinceau, une légère couche d'huile de croton tiglium, et l'on recouvre d'une calotte de toile, pour éviter l'absorption de l'huile par les draps. Ce badigeonnage est renouvelé trois fois par jour jusqu'à l'apparition de l'éruption pustuleuse. Il n'y a plus dès lors qu'à favoriser une suppuration abondante et prolongée,

en plaçant dans un bonnet des feuilles de poirée enduites de pommade de Sainbois (garou), que l'on maintient exactement sur la tête, jusqu'à ce que le malade n'inspire plus d'inquiétude.

Neuf observations de guérison sont relatées par l'auteur à l'appui de ce traitement. La fréquence des erreurs de diagnostic à ce sujet peut bien éveiller quelque doute ; mais ce traitement révulsif ayant une grande analogie avec la méthode des vésicatoires, employée par beaucoup de médecins, celle-ci pourrait la remplacer avantageusement, sans danger de produire la cystite cantharidienne. (*Congrès de La Rochelle.*)

Méningite tuberculeuse. *Ralentissement du pouls.* Le professeur G. Sée en fait un signe pathognomonique absolu. Sans lui, on ne peut ajouter aucune créance aux cas de guérison rapportés. Sa constance est telle que son absence dans le cours d'une méningite suffit à infirmer le diagnostic. Il n'est pas indiqué nettement dans plusieurs observations rapportées en vue de prouver la curabilité de cette maladie. Il reconnaît avoir fait une erreur de ce genre de concert avec Trousseau, chez un enfant atteint de bronchite capillaire et qui présentait tous les symptômes de la méningite, sauf le ralentissement du pouls. L'enfant guérit après un mois, et cette issue fut la preuve pour l'absolu professeur que les tubercules faisaient défaut, car ceux-ci excluent pour lui la guérison. Est-ce à dire que la méningite ne puisse exister et guérir sans tubercule? (*Journ. de méd. et chirurgie pratiques*, janvier.)

MYXOEDÈME. Les exemples s'en multiplient en France, à mesure qu'il est connu, et l'on peut préjuger de ce qui se dit des cas actuellement en observation que beaucoup d'autres sont passés inaperçus. Un ancien médecin principal de la marine, le docteur Fournier, de Brest, est ainsi resté de 1879 à 1881 en observation devant un exemple très saillant sans le reconnaitre, variant de l'anasarque albumineuse à la chloro-anémie, au sclérème, comme il l'avoue. La leçon seule de M. Charcot l'a éclairé : *Magister dixit.* Il en fait maintenant une

relation méthodique très compendieuse, pour montrer qu'il ne se trompe pas. On y rencontre en effet tous les traits accentués de cette maladie nouvelle, moins les troubles mentaux.

Femme de cinquante-huit ans, mère de famille, sans aucune hérédité appréciable. Devenue veuve lors de la ménopause, à quarante ans, elle éprouva de profonds chagrins, et ce n'est cependant qu'à cinquante-quatre ans qu'elle commença à s'apercevoir du gonflement de la face par celui des paupières et l'état chassieux et pleurard des yeux. Ce fut le premier phénomène qui appela son attention. L'œdème ne survint que lentement, car ce n'est que deux ans après qu'elle consulta, pour un gonflement de la région postérieure du cou et une grande faiblesse.

Vingt-huit mois après, le masque était devenu typique, par l'aspect morne, immobile, sans expression de la face, résultant d'un œdème dur généralisé. Front bossué, ridé; paupières supérieures boursouflées; joues larges et placardées d'une couleur rosée augmentant par l'émotion; nez épaissi; lèvres grosses, cyanosées; fente transversale de la bouche. Les traits, démesurément grossis, ressemblent ainsi à la face léontiasique des lépreux, avec chute du menton sur le sternum par la parésie des muscles releveurs.

Gonflement généralisé des membres, sans rien de semblable au tronc. Toute la peau est sèche, rugueuse, absolument glabre, couverte de lamelles épidermiques, surtout aux membres, comme dans l'ichthyose. Les cheveux et les poils sont tombés; les sueurs ont disparu; ongles sains; abaissement de la température, surtout aux mains; refroidissement général.

Intelligence intacte; rêves et cauchemars pendant la nuit. Ouïe et vue normales, malgré un larmoiement incessant et abondant, surtout par l'impression du froid. Le tact seul est altéré, avec fourmillements, comme dans l'onglée. Sensibilité normale.

Signe pathognomonique : la parole est lente, traînée, monotone, fatiguée, avec rudesse et raucité de la voix, paraissant due à l'enchifrènement et la parésie musculaire, quoique la langue ait son volume et ses mouvements

normaux. Marche lente, processionnelle et même titubante, qui l'oblige de se soutenir; extrême fatigue en résultant. Même faiblesse des membres supérieurs, ne pouvant rien soulever ni porter.

Battements normaux, mais sourds et profonds du cœur; pouls insensible. Le sang, de couleur normale, paraît sans altération globulaire.

Rien du côté de l'appareil digestif, sauf une salivation plus abondante, un véritable ptyalisme, surtout pendant la nuit. Œdème de la luette et des piliers, avec rougeur générale de la muqueuse, qui gêne la déglutition. Bon appétit, soif modérée; digestions faciles, malgré un peu de constipation. Urines rares, avec diminution notable de l'urée.

Ces signes, tout en étant confirmatifs du myxœdème, n'en sont évidemment que le début par la durée du mal. Ils continueront à s'accentuer, et l'on ne peut ainsi les comparer avec ceux d'une phase plus avancée de la maladie, quant à la forme pachydermique et à l'état crétinoïde. Quant aux causes, on ne trouve que les chagrins et le climat humide, déjà signalé dans plusieurs observations. Vouloir en pénétrer la nature d'après le peu de faits connus et l'insuffisance des recherches anatomiques, au point d'en faire une *trophonévrose myxœdémateuse* d'après les symptômes, est évidemment une tentative prématurée. (*Gaz. hebdom.*, n° 4.)

Un cas, observé par le docteur Henrot, de Reims, tout en étant plus complet par l'autopsie, ne fournit pas de données plus positives. C'était un homme de trente-six ans, ni alcoolique ni syphilitique, père d'enfants bien portants. L'hypertrophie des membres l'amena à l'hôpital, où il présenta un facies repoussant à son arrivée, avec développement immense de la partie inférieure surtout. Lèvres boursouflées, bouche entr'ouverte, langue doublée de volume, saillante au dehors. L'arcade dentaire inférieure dépassait la supérieure; dents hypertrophiées. Les yeux, considérablement gros, étaient recouverts par la paupière supérieure, très volumineuse. Tout le facies offrait le type du scrofuleux et de l'idiot, comme l'atteste un croquis.

On constate l'œdème de la peau, la chute des poils, le

boursouflement des muqueuses. Les lèvres sont cyanosées. Les mains, les pieds et les parties génitales sont hypertrophiés. Il y a atrophie du cœur, des gros vaisseaux et du système musculaire. L'individu est idiot ; les sens sont affaiblis, la vue diminuée considérablement, et l'ouïe très paresseuse.

Peu de temps après, le malade meurt, et l'autopsie montre une infiltration générale des tissus mucoïde, cellulaire et interstitiel. Dans l'encéphale, on observe l'hypertrophie du corps pituitaire et de la glande pinéale, triplés de volume ; le grand sympathique est aussi hypertrophié et plus que doublé de volume dans toute sa partie supérieure, du cou au ganglion cœliaque. La dure-mère, ouverte, montre une espèce de cuirasse écailleuse et une matière ayant l'apparence de la cholestérine ; une coque dure doublait extérieurement la pie-mère de la moelle épinière.

Les lésions sont caractérisées par des productions d'ostéophytes, d'exostoses, des éburnations indiquant une hypertrophie de la table des os.

Au lieu de voir là une hypertrophie générale progressive, comme on l'a appelée, M. Henrot préfère lui conserver le nom de myxœdème, comme envahissant tous les tissus et procédant d'une origine nerveuse. L'hypertrophie du corps pituitaire et celle de la glande pinéale, dont les fonctions sont inconnues, confondus ensemble et en relation avec le grand sympathique, en sont les preuves. Rudimentaires chez l'homme et la plupart des mammifères, ces organes sont, au contraire, très développés chez les poissons et les reptiles, abondamment pourvus de tissus muqueux sous leurs téguments et dans l'interstice de leurs viscères. Cette analogie comparée n'est donc pas une démonstration directe et ne peut être considérée que comme une vue hypothétique de l'esprit. C'est une nouvelle remarque à faire dans les autopsies ultérieures. (*Congrès de La Rochelle.*)

Les rapports de cette singulière affection avec le crétinisme ont été signalés aussi par le professeur Ball, chez le crétin des Batignolles, et par M. Bourneville, chez deux autres. La ressemblance est frappante, en

effet, et tend à faire localiser le siège du myxœdème dans le cerveau. (*Gaz. hebdom.*, n° 49.)

Par sa ressemblance extérieure avec le myxœdème, la présentation d'un cas d'œdème chronique, généralisé surtout à la face, chez un alcoolique de soixante-quatre ans, exempt d'albuminurie, a provoqué une discussion intéressante sur les caractères essentiels de cette singulière maladie. La plupart des médecins qui ont eu occasion d'en observer des exemples sont venus déposer dans ce débat scientifique, et chacun a voulu l'expliquer d'après les signes ou les lésions qu'il avait observés, les uns par la dureté de l'œdème et sa composition, les autres par les altérations du système nerveux et l'hérédité; ceux-ci la considérant comme une lésion de nutrition, ceux-là comme une dégénérescence, sans compter ceux, comme le docteur Mahomed, qui la rattachent exclusivement à la maladie de Bright par l'artério-capillary fibrosis en résultant. C'est la démonstration éclatante de l'ignorance qui règne encore sur l'origine et les causes de cette nouvelle entité pathologique. De là la difficulté de la combattre efficacement. (*Clin. Society*, 13 janvier.) Voy. RHUMATISME.

Un exemple relaté par le docteur Mahomed chez une femme mariée, de trente ans, améliorée sous l'influence de la nitro-glycérine, à la dose d'un cinquantième de goutte, a montré, par la discussion, que la plupart des cas se modifient ainsi pendant le traitement, quel qu'il soit. Les climats chauds réussissent le plus sûrement. Ce moyen, avec l'usage du lait et des bains sulfureux, soulagea la malade de M. Charcot. La strychnine et le seigle ergoté réussirent chez d'autres. L'iodure de potassium a donné de bons résultats chez d'anciens syphilitiques. Ces améliorations semblent donc au docteur Cavafy une fluctuation naturelle du cours de la maladie. Le malade du docteur F. Taylor, traité avec le jaborandi, est maintenant beaucoup plus léger et actif. Chez un ancien syphilitique, dans un état crétinoïde marqué, et qui ne pouvait quitter sa maison, l'iodure de potassium, le mercure à faible dose et de grandes quantités de morphine, donnés par M. Warington Howard, l'ont tellement amélioré qu'il va et vient; l'œdème de la face et

des mains a diminué, et son état mental est meilleur; il n'y a plus qu'un peu de lenteur de la parole. C'est le cas le plus remarquable. (*Idem,* 10 mars.)

N

NÉCROLOGIE. Au nombre des victimes faites cette année par l'impitoyable mort, il en est d'illustres qu'elle a pu ravir par droit d'âge et comme ayant accompli amplement leur tâche, dont les noms sont hors de pair : c'est le professeur Schwann, l'histologiste fameux qui, en mettant la cellule au jour, a immortalisé son nom par cette grande découverte. Il est mort à soixante-douze ans. L'auteur du système de l'évolution, Charles-Robert Darwin, l'a suivi de près, en entrant dans l'éternité le 19 avril, à soixante-treize ans. Parmi les honneurs rendus à ses travaux littéraires et scientifiques, l'Université de Leyde lui avait conféré le doctorat honoraire en 1875. Par ce titre, la profession médicale peut bien revendiquer cet illustre naturaliste comme l'un de ses membres.

Il est encore plus douloureux de constater le nombre croissant chaque année des jeunes élèves succombant avant l'âge à leur dévouement généreux près des malades, sans avoir pu donner la mesure de tous les trésors d'intelligence et de travail, ni réaliser les espérances d'esprit et de cœur, promis par leurs débuts. Leur mort glorieuse sur le champ d'honneur, comme le soldat à la bataille, est l'unique consolation laissée en souvenir à leurs familles et leurs maîtres par l'inscription perpétuelle de leur sacrifice.

Auguste **Cossy**, mort à trente-deux ans, chef de clinique à l'hôpital des Enfants assistés, d'une diphthérite contractée dans ce funeste réceptacle de tant de misères, offre surtout un exemple émouvant de ce sacrifice professionnel. Il connaissait par la mort de ses prédécesseurs le danger de cette salle d'isolement des diphthériques, trop exiguë et dont l'air est comme infecté. Il ne recula pas cependant pour s'y consacrer aux soins des

petits malades qui s'y trouvent, et lui, quatrième ! il est tombé foudroyé, eomme Léon Thille à l'hôpital des Enfants malades, sueeombant à vingt-trois ans, le 27 mai, de l'angine qu'il y eontraeta à la fin de ses études, et de même que Schaeek, le modèle des internes, mort à la Maison municipale de santé, d'une searlatine compliquée de diphthérie eontraetée dans le service.

L'épidémie de fièvre typhoïde s'est particulièrement transmise, dans les hôpitaux, aux jeunes élèves remplis de zèle et de dévouement en en soignant les vietimes. Oetave Guy l'a ainsi eontraetée à l'hôpital Laennee, comme Tulio et Alfonso, deux étudiants espagnols, à l'hôpital Trousseau. Plusieurs médeeins militaires en sont aussi morts en Tunisie. Partout la profession eompte de nombreux martyrs, eomme eet interne de l'hôpital de Nantes, Piraud, qui vient de mourir de la variole eontraetée dans son serviee. Avis pour prendre toutes les préeautions eontre de si grands malheurs.

Alderson, *sir James*, reçu à Oxford en 1829, s'est éteint en septembre, à quatre-vingt-sept ans. Sa grande eélébrité fut due à sa position de trésorier du Collège royal des médeeins de 1854 à 1867, et de direeteur ensuite jusqu'en 1870, qu'il obtint eomme ayant déeouvert la eharte du eollège, oetroyée par Henry VIII.

En remplissant ees fonetions avee zèle et eonfraternité, il s'attira tous les meilleurs sentiments de la génération médieale de eette époque. Il fut le premier médeein ehoisi de l'hôpital Sainte-Marie, à sa fondation, et devint membre de la Soeiété royale. C'était le plus habile médecin de son temps.

Brière *de Boismont*, eonnu surtout eomme aliéniste par ses nombreux travaux sur eette spéeialité, s'est éteint à quatre-vingt-quatre ans, dans la maison de santé tenue par sa fille à Saint-Mandé. Sa longue earrière, très aetive, fut eonsaerée aux travaux littéraires, qu'il affeetionnait, et aux soins des malades de sa maison de santé. Il débuta par la rédaetion des *Leçons* de Dupuytren avee Marx, puis son *Traité de la folie pellagreuse*, qu'il était allé étudier en Italie. Envoyé en Pologne en 1831

pour étudier le choléra, avant son invasion en France, il signala le premier, dans son rapport couronné par l'Institut, la diarrhée prémonitoire, inconnue en France. Des ouvrages sur la menstruation, le délire aigu, les hallucinations, le suicide, la plupart distingués par des récompenses académiques, marquèrent ses différentes étapes d'écrivain. Il fonda ensuite les *Annales médico-psychologiques* et collabora activement à plusieurs journaux. Il offrait le type du gentilhomme normand par sa distinction et l'aménité de ses formes autant que l'élévation de ses sentiments et de ses goûts.

Budd, *Georges*, l'auteur bien connu de l'excellent *Traité des maladies du foie*, a succombé le 16 mars, à soixante-quinze ans. Professeur de médecine à *King's College*, médecin de l'hôpital, il se distingua par une observation sagace, qui rendit classique son ouvrage sur les *Maladies organiques et fonctionnelles de l'estomac*. Membre du Collège royal des médecins, il en fut le censeur pendant de longues années et à plusieurs reprises. C'était une des premières notabilités de *Piccadilly*.

Christison, *sir Robert*, l'illustre médecin chimiste écossais, s'est éteint à Edimbourg, sa ville natale, le 23 janvier, âgé de quatre-vingt-cinq ans, ayant occupé les plus hautes places et comblé de toutes les dignités que sa patrie pouvait lui conférer. C'est à Paris, dans le laboratoire de Robiquet et aux leçons de Vauquelin, de Thénard et d'Orfila, qu'il puisa ce savoir et cet amour de la science qui l'élevèrent si haut dans son pays. Proposé et nommé à la chaire de jurisprudence médicale pendant qu'il étudiait à Paris, âgé de vingt-cinq ans, il permuta ensuite pour celle de matière médicale. Son *Traité des poisons*, paru en 1845, fonda sa renommée universelle, et il ne cessa de s'élever ainsi par ses nombreux travaux et mérita d'occuper tous les premiers emplois scientifiques de son pays, jusqu'au titre de baronnet. Son aspect physique était aussi noble et imposant que ses qualités morales pour commander le respect et l'admiration. Il était l'un des derniers sur-

vivants de cette génération de *géants*, aussi grands par le cœur que par l'esprit.

Crevaux, l'intrépide médecin explorateur de la marine française, est mort, à trente-cinq ans, victime de son dévouement pour la science. Il a été massacré avec sa mission sur le Pilcomayo, où il était allé pour étudier. On lui doit la découverte de l'origine et le mode de préparation du curare et la détermination d'un certain nombre d'espèces botaniques nouvelles. Sa mort si cruelle est un deuil pour la science et le corps de santé de la marine, qu'il honorait.

Davaine, *Casimir-Joseph*, le savant modeste qui, en découvrant la bactéridie charbonneuse, est devenu l'initiateur de la panspermie actuelle, qui passionne tous les esprits, a succombé le 13 octobre, à soixante-dix ans, d'une affection organique de l'estomac. Son nom se trouve ainsi placé au premier rang dans la recherche du microbe, base de la nouvelle pathogénie des maladies infectieuses et de la prophylaxie sanitaire. Tout le bruit fait par les premières applications de cette science nouvelle se rapporte à cet homme, si simple et silencieux, mort chevalier de la Légion d'honneur, alors que les chefs de la nouvelle école, ses successeurs, occupent toutes les premières places, jouissent des honneurs et des pensions qui leur sont alloués. Né protestant, il en avait conservé l'esprit froid, austère et la simplicité, travaillant en faveur du bien général plutôt que pour le sien propre.

Son *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques* eût suffi à sa réputation. Il entra ainsi à l'Académie de médecine à la place de Trousseau. Lié d'amitié avec Rayer, il hérita de la meilleure partie de sa clientèle. Il employait tout le reste de son temps à des expériences sur les animaux qui l'ont conduit à ses grandes découvertes sur le charbon chez l'homme et les animaux. L'occasion de récompenser dignement une vie si laborieuse et utile se présenta, en lui offrant un fauteuil à l'Académie des sciences. Il lui manqua seulement la

voix de ceux qui sacrifient aux dieux du jour pour l'obtenir quelques jours avant sa mort. La postérité sera plus équitable en conservant son nom dans l'histoire.

Desmarres, *Louis-Auguste*, qui a tenu en France le sceptre de l'ophthalmologie, est mort le 22 août, à soixante-douze ans. Il fut, après Sichel, son maître et son protecteur, le créateur des cliniques ophthalmologiques à Paris. Ses nombreuses leçons sur la pathologie oculaire ont été recueillies par toute la presse, ainsi que ses mémoires sur ce sujet. Son *Traité théorique et pratique des maladies des yeux* a surtout mis le comble à sa célébrité par les services qu'il a rendus au corps médical.

Né à Evreux, cet ophthalmologiste distingué eût été incapable d'aborder cette carrière sans l'aide de Sichel, qui le distingua par hasard et favorisa ses études spéciales de l'ophthalmologie. Il était officier de la Légion d'honneur et commandeur de plusieurs ordres étrangers. Il prit aussi subitement sa retraite, de soixante à soixante-cinq ans, qu'il s'était montré et élevé rapidement.

Duchek, *Adalbert*, professeur de clinique médicale à l'Université de Vienne, a succombé le 2 mars, à cinquante-sept ans, d'une lésion valvulaire consécutive à un rhumatisme articulaire aigu. C'est une grande perte pour l'enseignement.

Friedreich, le clinicien distingué de l'Université de Heidelberg, a succombé, à cinquante-sept ans, emporté, après de cruelles souffrances, par un anévrisme de l'aorte. C'était l'un des plus célèbres élèves de Virchow, auquel il succéda un moment dans la chaire d'anatomie pathologique de Wurzbourg, par suite de ses études sur l'atrophie musculaire progressive et les lésions de l'ataxie locomotrice. Dès 1858, il fut appelé à la chaire de pathologie et de thérapeutique d'Heidelberg qu'il illustra par son *Traité des maladies du cœur*, paru en 1861 et traduit en français, et divers autres travaux cliniques.

Hillairet, distingué par quelques travaux de clinique et d'hygiène, est mort subitement, comme son collègue

et ami Delpech, le 14 septembre, à soixante-sept ans. Un accès d'angine de poitrine mit fin à ses jours en pleine santé. Médecin de l'hôpital Saint-Louis, il y fit des leçons, à l'exemple de ses prédécesseurs, qu'il tenta de résumer, en prenant sa retraite, dans un *Traité des maladies de la peau* dont un seul fascicule a paru. Comme membre de l'Académie de médecine, il se signala seulement par quelques rapports d'hygiène. C'était un esprit sans grande portée, dont le principal mérite fut d'en imposer par son assurance comme médecin dans le monde.

Latour, *Amédée*, le charmant feuilletoniste qui a créé la causerie médicale et excellé dans ce genre difficile, a cessé d'exister. « L'homme dont la plume élégante, alerte, parfois mordante, mais sans trace d'acrimonie ni de méchanceté, » comme l'a exprimé si justement le président de l'Académie de médecine, a succombé à de longues souffrances, le 28 juin, âgé de soixante-dix-sept ans. Nous avons dû à ces souffrances le malheur d'être séparé de lui à l'*Union médicale*, qu'il dirigeait avec tant de tact et où il nous avait admis comme collaborateur. Il a cédé par faiblesse à un joug autoritaire et despotique qu'il subissait par nécessité pour son repos et sa santé. Vif et sensible, émotif au suprême degré, il supportait mal la contradiction, autrement qu'avec sa plume. Son caractère faible, conciliant, le faisait céder à des esprits autoritaires, dominateurs, absolus. Sans conscience de sa haute valeur, il ne savait pas leur résister et en fut souvent la victime pour sa propre réputation.

Ses hautes qualités de cœur et d'esprit le portèrent heureusement à des entreprises plus élevées que le journal qu'il rédigeait, quoique ce fût principalement en vue de son succès. Il fut ainsi l'âme du Congrès général de 1845 et l'heureux promoteur de l'Association générale des médecins de France, qui lui assurent les plus grands droits à la reconnaissance de la postérité médicale. Son esprit fin et son bon cœur, sa chaleur, sa grâce, sa courtoisie et sa connaissance de toutes les grandes questions d'enseignement, d'exercice et de

déontologie qui ont préoccupé le monde médical de son époque, lui assuraient le succès. Il entra ainsi à l'Académie et au Comité d'hygiène central. Il fut aussi l'initiateur de ce *Dictionnaire des progrès*, où il a déposé ses plus hautes pensées à ce sujet dans les préfaces des premières années. C'est notre honneur d'avoir été choisi et approuvé par cet esprit distingué, pour réaliser cette vaste conception confraternelle.

Meigs, *John Forsyth*, médecin du service des Enfants malades, à l'hôpital de Philadelphie, aussi bien connu par sa grande pratique infantile que par son *Traité des maladies des enfants*, arrivé à sa 7e édition, a succombé le 16 décembre. Une pneumonie contractée six jours auparavant, par un refroidissement pris dans une voiture découverte, dans l'exercice de sa profession, en fut la cause. Il n'avait que soixante-trois ans. C'est une perte ressentie vivement par toute la population de la capitale américaine.

Mercier, *Louis-Auguste*, l'émule des Leroy d'Etiolles, Civiale et Horteloup, a succombé le 11 juin, à soixante et onze ans, après une vie laborieuse et une carrière de spécialiste des plus honorables. Il n'eut jamais recours à l'intrigue ni aux moyens inavouables pour parvenir, mais au vrai savoir, à l'habileté, au succès. Il n'a dû son renom et sa fortune qu'au travail incessant et à l'honnêteté. N'ayant aucun avantage extérieur, ni de parole, ni de caractère, pour plaire et s'introduire dans les corps savants et les académies, il s'imposa par ses travaux et obtint ainsi une récompense de l'Académie de médecine et la croix de la Légion d'honneur. C'était un vrai Bourguignon, franc et loyal, et aussi fier que vaillant, à l'exemple de l'illustre Vauban, son compatriote. Son corps a été transporté au village du Plessis-Saint-Jean, où il était né.

Pancoast, *Joseph*, célèbre anatomiste américain, est mort à Philadelphie, le 7 mars, âgé de soixante-dix-sept ans. Il ne cessa d'appartenir à l'Université de Pensylvanie, où, reçu docteur en 1828, il enseigna bientôt

l'anatomie. Elu professeur de chirurgie en 1838, il revint, trois ans après, à sa chaire d'anatomie, qu'il occupa jusqu'en 1874. Il fut successivement attaché comme chirurgien à l'hôpital de Philadelphie et de Pensylvanie, où il obtint de remarquables succès par son habileté opératoire.

Peacock, *le docteur Thomas*, l'un des médecins les plus connus et les plus estimés de Londres, a succombé à une troisième attaque d'apoplexie, le 30 mai, à l'hôpital Saint-Thomas, expirant, à soixante-dix ans, dans la salle même où il avait si longtemps enseigné la clinique. Les maladies du cœur et ses lésions avaient particulièrement fixé son attention, et il laisse plusieurs travaux sur ce sujet. Fondateur de l'hôpital de *Victoria Park* pour les maladies de poitrine, il ne cessa pas d'en être le médecin. Il fut le premier examinateur en médecine au Collège des chirurgiens, en raison de ses connaissances solides et étendues, dont son esprit actif et méthodique autant qu'exact l'avait doué. Par ses nombreuses contributions à la Société pathologique, il en fut élu président peu d'années avant sa mort.

Pidoux, l'ami fidèle, le collaborateur dévoué de Trousseau et qui partagea sa gloire, est mort le 2 août, à soixante-quatorze ans. Vitaliste convaincu et systématique, conformément à ses croyances catholiques, il ne se fit connaître que tard, par la publication du *Traité de thérapeutique*, dont l'introduction magistrale et toutes les généralités sur les médications sont de lui. Il ne pouvait figurer sous le règne absolu de l'organicisme de Broussais, ni prendre rang dans l'illustre aréopage qui le représentait alors : Andral, Rostan, Cruveilhier, Bouillaud, Piorry, et tant d'autres sommités, formant l'Ecole de Paris, comme on l'appelait.

Profitant du déclin déjà apparent de ce brillant système, par l'opposition qu'il soulevait, M. Pidoux se signala ouvertement par sa thèse sur les lois de la force médicatrice, puis se mit à rédiger dans le silence l'œuvre qui devait établir sa réputation. Avec le nom de Trousseau, le succès de son apparition fut si grand

que les éditions se succédèrent en portant un coup mortel à la doctrine antiphlogistique. Le moment était favorable, et le coup fut décisif. L'empirisme reprit le dessus, et les antidotes, d'après l'observation, furent le seul but de la thérapeutique, suivant l'enseignement de ce livre.

Toute la gloire du docteur Pidoux est là. Médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, inspecteur des Eaux-Bonnes, consultant très couru, il ne se fit remarquer que par ses idées singulières, et souvent obscures, sur les eaux minérales et le traitement de la phthisie pulmonaire. Ce ne furent plus que des succès d'estime. Son nom reste ainsi immortellement attaché à celui de Trousseau.

Reynolds, *Edwards*, célèbre oculiste américain, a terminé sa longue et honorable carrière le jour de Noël, à quatre-vingt-huit ans, jouissant de toutes ses facultés, moins l'ouïe. Il était venu étudier en Europe sous Abernethy, A. Cooper, Lawrence, Travers, Farre en Angleterre, Bichat et Dupuytren à Paris. Il se livra spécialement à l'oculistique, et c'est en montrant tout le bien qu'un simple dispensaire public et gratuit pouvait faire dans l'Etat du Massachusetts, fondé à Boston en 1824, qu'un hôpital spécial y fut institué et complété en 1850, sous le nom de *Boston Eye infirmary*. Il fut en outre professeur d'anatomie et de chirurgie à l'Ecole Harward. Il était estimé et respecté de tout le corps médical, comme une adresse publique à sa mémoire en témoigne.

Schwann, *Théodore*, l'illustre père de la cellule animale, a succombé à soixante-douze ans. C'est à l'âge de vingt-sept ans qu'il fit cette grande découverte, en assistant le professeur Jean Muller dans son laboratoire physiologique de Berlin. Elle fut annoncée au monde savant en 1838, par les *Notizen de Froriep*, n°s 91, 102 et 112. L'année suivante, il fut nommé professeur d'anatomie à Louvain, où il continua pendant de longues années ses recherches microscopiques.

South, *John-Flint*, célèbre chirurgien, s'est éteint

dans sa quatre-vingt-cinquième année, après avoir rempli le premier rôle dans les hôpitaux de Guy et Saint-Thomas de Londres. Il parlait l'allemand et le français comme sa propre langue, et en fit de nombreuses traductions. Président du Collège des chirurgiens à deux reprises, il exerça une notable influence sur les progrès de la chirurgie anglaise par sa pratique et ses leçons. Il laisse une histoire à ce sujet qui sera longtemps consultée avec fruit. Ses contemporains Arnolt et Hawkins lui survivent.

Spence, *James*, le célèbre chirurgien écossais, l'illustre professeur de l'Université d'Edimbourg, a terminé sa glorieuse carrière le 10 juin, âgé de soixante-dix ans. Un accès de goutte, terminé par un abcès du pied, ayant entraîné l'amputation de trois orteils, amena la septicémie et mit fin à ses jours.

L'œuvre accomplie par lui est considérable, notamment dans les hernies et les ligatures artérielles. Sa grande pratique et son expérience sont résumées dans ses *Lectures on surgery*, en deux volumes, dont la seconde édition a paru en 1875, avec les résultats de ses principales opérations à la vieille infirmerie d'Edimbourg : 23 résections, 21 succès; 63 grandes amputations, 60 succès, dont 23 sur 25 de cuisse et 22 du bras, sans que le listérisme, dont il retarda ainsi l'avènement, y fût encore introduit. Après Syme, il devint le chef de la chirurgie écossaise et occupa successivement toutes les places et les honneurs professionnels que son pays pouvait lui accorder. Comme Velpeau, il dut tout à son labeur, à son travail sans relâche. Son portrait, tribut d'hommage de ses nombreux élèves, figure au Collège des chirurgiens, entre ceux de Syme et de Fergusson, qui sont avec lui les plus illustres représentants de la chirurgie anglaise.

Valeri, *Gaetano*, le savant recteur de l'Université de Rome, est décédé dans cette ville, le 12 février, après une courte maladie, âgé seulement de soixante-quatre ans, et profondément regretté de la cour et de la ville. Préparé par de brillantes études dans sa patrie et à

l'étranger, où il fréquenta les plus célèbres maîtres et leurs cliniques, à occuper le premier rang dans sa profession, il fut élu successivement médecin en chef de l'hôpital du Saint-Esprit, et le premier professeur d'anatomie pathologique à l'Université. Il permuta, après vingt-quatre ans d'exercice, avec celle de clinique, et inaugura ensuite celle d'hygiène. Sa bienveillance égalait son savoir, et il était le consultant préféré des nationaux et des étrangers dans la ville sainte. Son influence considérable l'éleva à la dignité de commandeur des ordres italiens et de sénateur du royaume, et son nom, connu, aimé et respecté de tous, était synonyme d'honneur, de patriotisme et de bonté. Un deuil général couvrit Rome à l'annonce de sa mort subite, et sa dépouille reçut tous les honneurs dus à un prince de la science.

Watson, *sir Thomas*, baronnet, le plus grand médecin anglais de ce siècle, s'est éteint en pleine connaissance, le 11 décembre, âgé de quatre-vingt-onze ans. Un simple étourdissement survenu le 22 octobre en fut le début, qu'il annonça aussitôt être le commencement de la fin : *This is the beginning of the end*, dit-il au docteur Johnson, son ancien élève. Sa mort est un deuil général pour le corps médical, dont il personnifiait l'honneur et la gloire au plus haut degré. Ses leçons, publiées en 1842, eurent cinq éditions successives, comme formant le modèle du genre. Élu président du Collège des médecins en 1862, il fut réélu pendant cinq années consécutives et dut se retirer devant les votes d'une sixième élection. Il fut ainsi placé le plus longtemps à la tête du corps médical anglais. Toutes les charges, les honneurs et les titres de sa profession lui furent successivement conférés, et il en jouit pendant de longues années, avec tout le mérite et la dignité qu'ils comportaient, aux applaudissements et avec le plus grand respect de la profession tout entière. Elle n'a plus que des regrets à donner à sa mémoire.

Woillez, *Eugène-Joseph*, l'élève et l'imitateur du grand Louis, est mort le 4 septembre, à soixante et onze

ans, d'accidents pulmonaires qui avaient été toute sa vie l'objet spécial de ses études. Telle est sa *Clinique des maladies aiguës des organes respiratoires*, le *Traité de percussion et d'auscultation*, et sa thèse sur les déformations de la poitrine. Son *Dictionnaire du diagnostic médical* a surtout eu un grand succès. C'était donc un médecin laborieux, un savant dans toute l'acception du mot, quoiqu'il fût également artiste, musicien, peintre et collectionneur. Nommé médecin des hôpitaux en 1855, il devint médecin de la Charité, et entra ensuite à l'Académie. Il fut toujours considéré comme le plus parfait modèle de la confraternité et de l'honnêteté médicale.

Wood, *James*, fondateur de la clinique chirurgicale à New-York en 1850, a succombé, le 4 mai, à une pneumonie foudroyante, qui l'a terrassé en quatre jours, à la suite d'un violent frisson, ressenti en allant à sa maison de campagne. Il n'avait que soixante-cinq ans.

Fondateur de la Société pathologique en 1844, puis du Collège médical de Bellevue, où il professa jusqu'en 1868 la clinique et la médecine opératoire, il était devenu le premier chirurgien de la grande ville. Il pratiqua le premier, en 1840, la ténotomie des deux masséters, et se distingua par de brillantes résections, surtout du maxillaire inférieur. La ligature lui était si familière qu'il comptait cinq succès de la sous-clavière, huit de l'iliaque externe avec un seul décès. Il en fit de même de la carotide, de la fémorale et d'autres grosses artères.

Jusqu'à sa mort, il avait conservé une clinique hebdomadaire, qu'il faisait le samedi dans l'après-midi, où des centaines d'élèves et de praticiens se rendaient avec empressement. Il fonda un musée dans cet établissement, qui porte son nom, où sont réunies plus de mille pièces anatomiques. C'est donc une perte sensible pour la chirurgie américaine.

Combien d'autres noms moins célèbres, et que la renommée n'a pas fait parvenir jusqu'à nous, n'en mériteraient pas moins, par leurs travaux ou leurs ser-

vices, leur dévouement ou d'autres titres, à être inscrits à côté ou à la suite! A l'appui, il nous suffira de citer comme exemples :

Bancel, le vice-président aimé et estimé de l'Association des médecins de Meurthe-et-Moselle, décédé à Toul, à soixante-neuf ans.

Le docteur **Brochard**, bien connu par ses nombreux travaux, non sans valeur, sur l'hygiène de l'enfance, que son activité de corps et d'esprit, en le conduisant sans cesse ici et là, à la conquête de la renommée, a peut-être fait mourir à la peine avant l'âge. Assurément, il eût vécu plus tranquille en restant sur son premier théâtre de Nogent-le-Rotrou! C'était un médecin instruit et un excellent confrère.

Concato, *Luigi*, professeur de clinique médicale à l'Université de Turin, et qui a publié de nombreux travaux estimés, fruit de ses méditations et ses veilles.

Corvisart, *Lucien*, dont une heureuse synonymie avec le célèbre médecin de Napoléon I[er] fit presque toute la fortune et la renommée, en le faisant admettre dans le service de santé du neveu. Ses travaux sur la digestion en ont obtenu ainsi un certain retentissement. Il est mort subitement, à cinquante-neuf ans.

Crisp, *le docteur Edwards*, qui a joui à Londres, comme simple *practitionner*, d'une renommée plus grande et méritée que beaucoup de consultants, par ses brillants succès aussi bien que ses revers éclatants. Il est mort le 15 novembre, à soixante-seize ans.

Dauvergne, dont le nom, célèbre par son père, a été soutenu dignement comme professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest, mort d'apoplexie sur sa chaire, le 23 juin, pour n'avoir pas voulu la quitter à un premier avertissement.

Dorin, le doyen des médecins de France, mort à Châlons-sur-Marne, dans sa quatre-vingt-quatorzième année. Sa bibliothèque et une belle collection ornithologique, léguées à la ville, y perpétueront au moins son nom.

Draper, *Henry*, professeur de physiologie à l'Université de New-York, mort à quarante-cinq ans.

Flaubert, chirurgien distingué de l'Hôtel-Dieu de Rouen, dont le nom célèbre est encore rehaussé par son fils.

Guérineau, directeur de l'Ecole de médecine de Poitiers, dont le nom honoré survit également.

Houzé *de l'Aulnoit*, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille, mort dans la plénitude de ses forces et de son talent.

Lambron, le savant hydrologiste, médecin inspecteur de Luchon, associé de l'Académie de médecine, mort d'apoplexie.

Martin, *Aimé*, médecin de Saint-Lazare, spécialiste honorable, enlevé à quarante-six ans.

Masson, *Adolphe*, directeur de l'établissement hydrothérapique de Saint-Didier et ancien médecin de l'hôpital de Carpentras, mort à cinquante-deux ans.

Pègot, professeur de pathologie externe à l'Ecole de médecine de Toulouse, est aussi mort subitement et en pleine carrière.

Pirrie, le chef célèbre de l'école chirurgicale d'Aberdeen, continuateur et élève préféré de Liston, mort à soixante-quinze ans.

Prestat, *Louis-Édouard*, le chirurgien réputé de l'hôpital de Pontoise, qui a succombé à soixante-douze ans.

Puel, *Gustave*, agrégé et chargé de cours à la Faculté de médecine de Lille, enlevé à la fleur de l'âge.

Sinclair, *Edward*, célèbre professeur d'accouchements à l'Université de Dublin, théâtre de ses laborieuses recherches, mort à cinquante-huit ans.

Le docteur *Alfred* **Variot**, succombant à une angine couenneuse, contractée au lit d'un enfant de Neuilly.

Villeneuve, l'obstétricien célèbre de l'Ecole de médecine de Marseille.

NÉPHRECTOMIE. Dans un cas de pyonéphrose du rein droit, chez une jeune femme de vingt-six ans, M. Knowsley Thornton fit d'abord une incision et draina l'organe pendant un mois à *Samaritan hospital*. L'insuccès de ce traitement le fit seul recourir à l'excision par une incision abdominale, faite en dehors du muscle droit, selon le conseil de Langenbuch. Ce procédé a été trouvé beaucoup plus facile que l'incision lombaire, et l'opérée eut moins de fièvre et de troubles constitutionnels que suivant la manière ordinaire. (*Lancet*, 18 mars.)

Chez un enfant de sept ans, le rein gauche fut excisé par une incision médiane de l'abdomen, pour une hydronéphrose probablement congénitale, car l'uretère était seulement représenté par un petit cordon fibreux. L'opéré guérit si bien que, d'un enfant chétif et délicat, il est devenu un garçon fort et bien développé.

Un troisième cas était celui d'une femme de cinquante-huit ans, ayant eu une suppuration du rein pendant seize ans. Plusieurs ponctions n'ayant amené aucune amélioration, la néphrectomie fut pratiquée par l'incision de Langenbuch. Elle fut très laborieuse par les adhérences existant. Le sac dans lequel le rein était converti pesait quatre livres et demie et contenait vingt pintes de pus. Néanmoins l'opérée guérit parfaitement. (*Med. society of London*, 13 novembre.)

L'excision fatale d'un rein *scrofuleux*, faite par MM. Goodhart et Golding Bird, chez un homme souffrant depuis quinze mois de troubles rénaux, a remis cette opération en question devant la Société clinique, au moins quant au mode opératoire. L'incision lombaire ayant été assez étendue pour l'extraction d'un rein volumineux, pesant 311 grammes, un collapsus si profond y succéda que l'opéré ne put y survivre. D'où la question de savoir si l'excision directe en arrière, avec résection d'une côte, n'est pas préférable. (*Idem*, avril.)

Un insuccès semblable a été relaté par M. H. Marsh,

chez un ferblantier de trente-cinq ans, à l'hôpital Saint-Barthélemy. Le rein droit, désorganisé et d'apparence tuberculeuse, était si adhérent que les parties libres, comprises dans une ligature, furent seules excisées. L'uretère était considérablement rétréci au-dessous. La mort survint trente-huit heures après, par suppression d'urine, quoique le rein gauche fût parfaitement sain, *fairly healthy*. (*Clin. Society*, 14 avril.)

Ce fut le contraire chez une femme de trente-six ans, entrée, le 29 avril 1882, à l'hôpital des femmes de Nottingham, service du docteur Elder, pour une tumeur abdominale fluctuante. Le début marqué par des douleurs dans le côté gauche et la jambe, augmentées par l'exercice et accompagnées d'urination douloureuse avec urines rares et troubles sans hématurie, remontait à deux ans et demi. Des frissons avec fièvre, sueurs nocturnes, vomissements, anorexie et émaciation s'en étaient suivis, et l'urine, très ammoniacale, muco-purulente et contenant de triples phosphates en abondance, rendue à l'examen, indiquait assez le siège du mal. La matité s'étendait de l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à la région cardiaque, et transversalement d'un pouce à gauche de l'ombilic jusqu'à la colonne vertébrale, avec une fluctuation si distincte que tout le rein droit semblait converti en un vaste abcès.

Une incision lombaire donna issue à une grande quantité de pus caillebotté provenant de deux larges abcès, séparés par une membrane friable, qui fut rompue avec le doigt. Une certaine partie de tissu semblable fut extraite de même. Mais les adhérences fermes et étendues fixant les parois rénales ne permirent pas de les séparer, et une simple néphrotomie fut ainsi faite.

Une amélioration succéda à cette énorme évacuation de pus, et l'on pouvait espérer une guérison prochaine. Mais comment le rein ainsi fondu et disséqué par le pus aurait-il pu revenir sur lui-même? Cette vaste cavité ne cessa pas de suppurer abondamment et l'urine de contenir du pus. Trois semaines après, la température s'élevait encore de 99 à 103° Farh., toujours plus élevée de 2° dans l'aisselle droite que dans la gauche, avec sueurs la nuit, quand la pilocarpine ne les prévenait pas. Il fallut

recourir à l'excision du rein, qui fut pratiquée le 20 juin, un mois après son incision. On agrandit la première ouverture, sans qu'il fût possible d'énucléer le rein de sa capsule par la friabilité même du tissu. Il fallut lier les vaisseaux et l'uretère en masse avec un fil de soie et réséquer tout ce qui n'était pas compris dans la ligature. Trois hémorrhagies successives s'ensuivirent et ne cessèrent que par une ligature métallique. Le shock résultant de cette opération laborieuse fut extrême, et l'opérée sembla perdue pendant quarante-huit heures. Des lavements nutritifs avec alcool maintinrent la vie, et dès lors la guérison ne rencontra plus d'entraves. Il y eut donc lieu de regretter de ne pas avoir accompli ce deuxième acte en même temps que le premier, et cet exemple doit servir de guide en pareil cas pour ne pas y surseoir. (*Lancet*, 7 octobre.)

Choix de l'incision. Dans 63 néphrectomies, Braün a trouvé que l'incision lombaire, employée dans 35 cas, avait été suivie de 11 décès, tandis que les 28 incisions de la ligne blanche en avaient donné 18.

Des deux procédés employés, l'incision abdominale, pratiquée dans 46 cas, a donné 23 guérisons; l'incision lombaire, faite 50 fois, en a donné 27; 4 opérés étant encore en observation. L'analogie des résultats n'indique donc aucune préférence que celle indiquée par le volume de la tumeur et le choix du chirurgien.

A propos du choix à faire pour deux malades de l'hôpital de la Samaritaine, le docteur Knowsley Thornton admet que l'incision lombaire est spécialement indiquée quand le rein à extraire ou à inciser n'est pas très volumineux et surtout quand la présence d'un calcul est évidente. Il la restreint donc à la néphro-lithotomie, sans qu'il y ait à craindre les suites de l'hémorrhagie ni la fistule consécutive. L'incision abdominale doit n'être employée que contre les néoplasmes du rein, l'hydronéphrose, la pyonéphrose et le rein flottant. En cas de nécessité, il est d'ailleurs toujours possible, après l'incision lombaire, de la prolonger le long du bord externe du muscle droit, suivant le procédé de Langenbuch. (*Med. Times and Gaz.*, mai.)

Indications. Elles ressortent très vaguement du tableau synoptique des cas de cette opération, le plus complet qui existe, dressé par Harris, de Philadelphie. Il comprend 100 observations, sur 67 femmes et 33 hommes, dont 53 pratiquées en Allemagne, 27 en Angleterre et 10 aux Etats-Unis. 4 cas en France et 4 en Italie, 2 en Suisse, 1 en Belgique et 1 en Chine élèvent ce nombre à 102, d'après la rectification faite par E. Quénu. Elles ont donné 50 guérisons et 46 morts, le résultat des 6 autres cas étant inconnu. Le succès est donc de 1 sur 2.

Elle est contre-indiquée pour les tumeurs rénales de mauvaise nature, comme le cancer, encéphaloïde ou sarcome, car, sur 19 applications à ces néoplasies, il n'y eut qu'une seule guérison confirmée et persistante, quoique le caractère dans trois cas soit resté indéterminé. Il ne suffit donc pas qu'un seul rein soit atteint et que la métastase sur l'autre soit très rare, d'après Kocher; la nature seule du mal suffit pour entraîner la mort à bref délai, en rendant l'opération inutile, lors même qu'elle pas fatale.

Les kystes congénitaux ou acquis ne sont guère plus opérables, car, sur 7 applications faites ordinairement par erreur de diagnostic, il y a eu 5 décès. Les difficultés extrêmes de celui-ci doivent faire tenter les moyens moins périlleux, comme la ponction. L'hydronéphrose bien diagnostiquée, menaçant la vie, en est plus susceptible, car, sur 11 opérations, 7 ont été suivies de guérison. Le danger est de la confondre avec un kyste.

Les reins mobiles ou flottants n'en sont justiciables que sous les mêmes restrictions et par la voie abdominale de préférence, quoique 16 applications aient donné 10 guérisons. Tant que l'existence est compatible avec cette infirmité, il n'y faut pas toucher.

Elle est au contraire le seul remède à tenter contre les fistules de l'uretère et les traumatismes du rein, car 5 applications contre ceux-ci n'ont donné que des succès et 6 sur 7 contre les fistules. Il est loin d'en être de même dans la pyonéphrose et les pyélites : 7 guérisons sur 15 applications. Devant la conséquence fatale de ces lésions, cette opération est cependant encore la chance la plus sérieuse à tenter, dès qu'il ne s'agit pas

d'une dégénérescence tuberculeuse dont la récidive est, comme pour le cancer, une contre-indication absolue. (*Archiv. de méd.*, décembre.)

NÉPHRITES. Alliant l'expérimentation à la clinique, le docteur Strauss, d'accord avec le professeur Potain, montre avec une précision et une netteté parfaites que, après les diverses objections cliniques et toutes les chicanes expérimentales et microscopiques faites depuis plus de vingt ans à la théorie de Bright et Traube sur la subordination de l'hypertrophie du cœur gauche aux lésions rénales, il faut y revenir comme à un fait positif, certain, indéniable. L'explication seule que l'on a voulu en donner a conduit les esprits dans un dédale de raisons et d'expériences contradictoires qui ont obscurci le fait même. La simple ligature de l'uretère chez les cobayes a mis le fait dans toute son évidence, après trois à six mois de survie. Immédiatement après, le rein s'anémie, puis survient dans une seconde phase du collapsus, avec transformation nucléaire des épithéliums et infiltration nucléaire des interstices. En même temps, le ventricule gauche s'hypertrophie et devient plus épais, plus volumineux, plus ferme que celui d'un animal à l'état normal, sans que l'on constate aucune lésion myocarditique. Le cancer utérin a produit le même effet chez deux femmes de quarante-sept et cinquante-deux ans, mortes à l'hôpital Tenon, en 1881.

Ces expériences et ces observations, avec l'historique de la question, sont exposées avec une clarté si précise qu'elles sont inanalysables. Comme toutes les œuvres parfaites, on n'en peut rien distraire sans les altérer. La reproduction ou la lecture peuvent seules en faire apprécier toute la valeur. (*Archiv. de méd.*, janvier.)

Pilocarpine. En injections sous-cutanées de un à deux centigrammes, cet alcaloïde, sans guérir la néphrite, combat au moins avantageusement l'un des accidents les plus dangereux qui la compliquent, l'anasarque ou l'hydropisie, dont certaines localisations dans les poumons, les plèvres ou le péricarde déterminent souvent la mort.

Aux nombreux succès publiés déjà par Gubler et A. Ro-

bin (Voy. JABORANDI, 1875), le professeur Wannebroucq, de Lille, en ajoute plusieurs exemples. Chez un charbonnier de quarante-sept ans, alcoolique, entré à l'hôpital le 24 août, avec œdème généralisé, un centigramme de nitrate de pilocarpine est injecté sous la peau, malgré trois à quatre litres d'urines albumineuses contenant 8 grammes d'albumine par litre. Un quart d'heure après survient une salivation abondante et une diaphorèse considérable. Le surlendemain, l'œdème a diminué et disparaît complètement en trois ou quatre jours. L'albumine disparaît même des urines.

Chez un cordonnier de cinquante-un ans, entré dix jours auparavant avec œdème généralisé, urines sanguinolentes et albumineuses, le régime lacté n'amenant aucune diminution de ces symptômes et l'albumine ayant augmenté de 9 à plus de 20 grammes d'albumine par litre d'urine, une injection de 2 centigrammes de nitrate de pilocarpine est pratiquée le sixième jour. Salivation abondante et diaphorèse à peu près nulle. Néanmoins, l'albumine descend à 12 grammes le lendemain, et, en renouvelant l'injection les jours suivants, elle se manifeste progressivement dans la salive pour diminuer dans l'urine ainsi que le sang, et le malade accuse un grand bien-être de cette médication. Ces faits démontrent donc une action incontestable. (*Bull. méd. du Nord*, septembre.)

Etude du processus histologique des néphrites. Nouvelle démonstration par M. Hortoles de la division arbitraire des néphrites en interstitielles et parenchymateuses. D'après le professeur Renaut, de Lyon, l'inflammation rénale, dans ses diverses étapes jusqu'à l'atrophie complète, montre toujours réunies des lésions du tissu périvasculaire et des lésions épithéliales. La prépondérance de l'une ou de l'autre n'est qu'un accident d'évolution. D'aiguë à l'état chronique, toute néphrite passe par la formation d'un tissu muqueux qui sert de transition entre le début et la fin. (Brochure in-8° de 182 pages, avec gravures et planches chromolithographiées, Paris, 1881.)

Néphrites chroniques. *Délire.* Des symptômes de manie, de délire chronique, avec hallucinations de la vue

et de l'ouïe surviennent parfois à une certaine période de la néphrite, sans qu'on puisse toujours l'attribuer à l'urémie, car la forme délirante en est très rarement une manifestation isolée. Au lieu du délire modéré, tranquille, doux, transitoire, qui coïncide avec le coma ou les convulsions, il est parfois bruyant, frénétique et affecte le caractère de la manie aiguë. C'est particulièrement alors que l'on peut se demander s'il ne dépend pas de l'affection rénale, ou rechercher du moins avec soin s'il n'existe aucune cause qui puisse le produire (alcoolisme, affections intercurrentes, hérédité cérébrale, etc.), selon le conseil du professeur Lasègue.

Le docteur Raymond a collecté non seulement plusieurs observations d'auteurs étrangers tendant à faire la preuve de ce fait, il en a recueilli personnellement quatre, chez deux femmes et deux hommes, où le délire violent, la folie aiguë ne peut être confondue avec les rêvasseries du coma. Sa marche aiguë, franche, se rapprochant de la forme délirante de l'urémie dans deux cas, semble bien dépendre des altérations des reins constatées à l'autopsie. Mais il est si difficile d'analyser avec certitude et précision la part d'action des autres complications, comme les lésions du cœur, l'hérédité cérébrale, qu'il serait difficile et surtout prématuré de se prononcer. Quand les fonctions principales sont altérées dans ce péril extrême, comment distinguer si le délire aigu n'est pas simplement l'expression de la part du trouble que prend le cerveau, chez les prédisposés, dans cette lutte suprême de l'organisme contre la mort? L'œdème et l'artérite, constatés dans trois cas, plaident en faveur de cette localisation. (*Archiv. de méd.*, mars.)

NÉPHROLITHOTOMIE. Voy. CALCULS RÉNAUX.

NERFS. *Retour de la sensibilité.* Deux théories ont été proposées pour expliquer le retour de la sensibilité cutanée de la main, par exemple, abolie par la section du nerf cubital; dans l'une, on invoque la formation de tubes nerveux dans la cicatrice; dans l'autre, on s'appuie sur les anastomoses périphériques avec les nerfs voisins, comme pour la circulation du sang on compte

sur les anastomoses vasculaires. Les deux théories sont également acceptables; mais la première a pour conséquence de prescrire aux chirurgiens de favoriser l'affrontement exact des deux bouts du nerf sectionné, c'est-à-dire la suture nerveuse, tandis que, si l'on accepte la seconde théorie, on confie à la nature le soin de la régénération fonctionnelle.

Malheureusement, les observations publiées jusqu'à ce jour sont, ou réellement défectueuses au point de vue de la rigueur scientifique, ou, si elles sont bien faites, elles donnent des résultats contradictoires.

La région du petit doigt de la main est la seule qui reçoive un filet nerveux dépourvu de toute anastomose, de telle sorte que si la sensibilité s'y rétablit, après avoir été abolie par la section du nerf, ce ne peut être que par la cicatrice, et la question se trouve jugée en faveur de la première théorie; si au contraire l'insensibilité absolue persiste, la seconde théorie seule est la vraie. M. Redard rapporte quelques faits dans lesquels, la section du nerf cubital ayant eu lieu dans sa partie supérieure, l'innervation est revenue, tandis que, dans deux autres cas appartenant au service de M. Verneuil, le traumatisme ayant porté au niveau du quart inférieur du nerf cubital, la perte de la sensibilité a été irréparable. (*Congrès de La Rochelle.*)

Un chasseur reçut un coup de feu dans le bras gauche, et, en même temps qu'une douleur vive, apparut aussitôt une paralysie des muscles innervés par le médian, avec atrophie consécutive. Quand M. Le Fort vit le malade, les douleurs étaient intolérables, les mouvements de la main presque perdus. En explorant le médian, il le trouva épaissi, induré sur une longueur de 3 centimètres. Il dénuda le nerf, qui était contenu dans une sorte d'étui fibreux et, après s'être assuré qu'il ne contenait pas de grains de plomb, pratiqua l'élongation. Les douleurs diminuèrent rapidement et, au bout de trois mois, disparurent complètement. Les mouvements revinrent sous l'influence des courants faradiques. (*Soc. de chir.*)

Élongation. Le développement rapide et universel

donné à cette nouvelle opération chirurgicale, depuis dix ans qu'elle a été inaugurée en Allemagne, exige chaque année une revue de ses nombreuses et diverses applications. Celle qui est faite par MM. Artaud et Gilson tend à fixer particulièrement l'extensibilité et la résistance des nerfs, les lésions anatomiques et les troubles fonctionnels en résultant, d'après les expériences et les observations cliniques faites à ce sujet. Sa valeur thérapeutique est examinée ensuite dans les diverses applications : aux névralgies, 70 fois; aux contractures, 4 fois; au tic non douloureux de la face, 5 fois; aux convulsions locales, 4 fois; aux paralysies périphériques, 5 fois; à diverses affections des centres nerveux, comme l'ataxie locomotrice notamment, 16 fois; le tétanos, 28 fois; en tout 132 cas, dont les observations, résumées en tableaux synoptiques distincts et séparés, donnent les résultats suivants : 71 guérisons, 19 améliorations, 13 insuccès, 22 morts et 7 inconnus. (*Revue de méd.*, février et mars.)

C'est donc la statistique la plus complète à consulter sur ce sujet intéressant et qui montre d'un coup d'œil que cette opération est aussi favorable et sans nocuité contre les affections périphériques des nerfs que redoutable et inutile contre celles des centres nerveux. Par les 19 cas de mort de tétanos, elle en démontre bien le siège central et le peu de succès à espérer de ce moyen de traitement. 7 guérisons sont pourtant signalées, et des succès de genre ont été publiés depuis. Le docteur Wheeler a guéri ainsi un tétanos traumatique aigu, de même que le docteur Clark, de Glasgow. (*Bristish med. journ.*, 1881.) Mais on ne publie pas également tous les revers, et cette statistique montre bien mieux le peu d'espérance à fonder sur ce moyen.

Cette opération n'est pas d'ailleurs exempte de dangers, contre ces affections douloureuses des centres nerveux. Il faut surtout se garder d'employer une trop grande violence sur le nerf à élonger. D'après Althaus, la coexistence de certaines névroses, l'asthme par exemple, et d'affections cardiaques ou pulmonaires, constituerait une contre-indication formelle.

Spencer a pratiqué récemment chez un homme de

trente ans, atteint d'ataxie locomotrice, caractérisée surtout par des troubles de la marche et de la station, l'élongation du nerf sciatique gauche. Après avoir étiré le nerf en haut et en bas, l'opérateur passa son doigt dessous et suspendit ainsi pendant une minute environ tout le membre inférieur.

Le lendemain de l'opération, il y eut réapparition du réflexe plantaire, de l'un et de l'autre côté à peu près également. Les mouvements de la jambe gauche devinrent normaux; mais les troubles persistèrent à droite, si bien que le malade pouvait, en s'appuyant légèrement, se tenir sur la jambe gauche, avec incapacité d'en faire autant sur la droite. On nota également le retour de la sensibilité. Le réflexe rotulien ne réapparut point. Malheureusement, cette amélioration fut passagère, et, au bout d'un mois, le malade était retombé dans le même état qu'avant l'opération.

C'est ce qui a fait dire au docteur Gillette, dans un rapport à ce sujet, que l'efficacité de l'élongation nerveuse était douteuse aujourd'hui pour l'épilepsie, le tétanos et l'ataxie.

On a mis en question si son efficacité n'était pas due au traumatisme produit. L'incision d'un abcès profond du triceps fémoral chez un ataxique de la clinique du professeur Hardy l'ayant débarrassé de ces douleurs, on songea aussitôt à cette influence. L'idée est ingénieuse. Les crises douloureuses d'un ataxique, traité d'une hydrocèle par l'injection iodée, furent également suspendues pendant le traitement, mais pour reparaître ensuite. Si d'ailleurs l'élongation agissait comme un traumatisme banal, beaucoup de malades qu'elle guérit, ayant subi d'avance des pointes de feu étendues et profondes, en eussent au moins été améliorés. (*Soc. de chir.*, 8 mars.)

Une atrophie des nerfs optiques, d'origine probablement syphilitique, provoquait des douleurs très vives et des vertiges chez un homme de quarante ans, parlant de suicide si l'on n'intervenait. Le docteur Pamard fit une incision à l'insertion du muscle droit externe, introduisit un crochet mousse qui saisit le nerf optique et l'attira jusqu'au bord de l'orbite. Il se rompit à droite. L'opéré

sembla avoir acquis un certain bénéfice de l'opération à gauche, et les douleurs étaient moins vives, quand il succomba subitement à des quintes de toux. (*Idem*, avril.)

Élongation sous-cutanée du sciatique. Voy. SCIATIQUE.

Régénération. Un exemple unique de la rapidité de reproduction a été obtenu par M. Brown-Séquard. Le nerf sciatique d'un lapin ayant été rompu par l'élongation sous un poids de 3 650 grammes, et la section en ayant été faite ensuite à l'échancrure sciatique et au milieu de la jambe, ce nerf était entièrement reproduit, régénéré deux mois et douze jours après, comme le sacrifice de l'animal l'a démontré. Il n'y avait aucune altération de nutrition à la patte ni ailleurs, et cependant ni la sensibilité ni les mouvements volontaires n'étaient revenus. (*Soc. de biologie*, 21 janvier.)

Sutures nerveuses. Une étude rétrospective de ce qui a été fait à ce sujet depuis vingt ans a permis à Tillmanns de recueillir 42 observations, dont 35 de suture nerveuse directe, pratiquée depuis quelques heures jusqu'à seize mois après l'accident, soit avec le catgut, le fil d'argent ou la soie phéniquée. Il y eut 8 résultats heureux, portant sur les divers nerfs du bras, dont 3 par première intention, avec restitution complète de la motilité et de la sensibilité. Le résultat est resté douteux ou incomplet dans 24 cas et absolument nul dans 3. Mais dans tous, la guérison du blessé a eu lieu sans aucune complication ni tétanos. C'est là un fait considérable.

La suture indirecte, pratiquée 7 fois, a amené dans 6 cas la restitution des fonctions du nerf.

Ces résultats sont donc encourageants pour pratiquer cette opération. (*Archiv für klin. chirurgie*, 1881.)

Résection du nerf spinal. Voy. TORTICOLIS FONCTIONNEL.

Vaso-moteurs des lymphatiques. Des recherches ingénieuses de MM. P. Bert et Laffont ont démontré l'existence de ces nerfs de la manière suivante.

Si l'on ouvre, dans de l'eau tiède, le ventre d'un animal en digestion, afin d'éviter l'action de l'air et du froid, et qu'on porte l'excitation électrique sur les nerfs mésentériques, on voit les chylifères, restés gonflés, se rétrécir peu à peu et disparaître.

Chez un autre animal, portez la même excitation électrique sur les nerfs splanchniques, en employant les mêmes courants à peine sensibles à la langue, et vous verrez, au contraire, les vaisseaux chylifères se dilater d'une manière évidente et devenir turgescents.

Après la section des pneumogastriques, la même excitation des bouts périphériques de ces nerfs produit une dilatation rapide et fugace de ces vaisseaux, et ensuite un rétrécissement constant.

Chez les animaux curarisés, la dilatation du vaisseau lymphatique est constante, que l'excitation porte sur le nerf splanchnique ou sur le nerf mésentérique.

Les phénomènes de constriction ou de dilatation des vaisseaux lymphatiques sont indépendants de l'état de réplétion ou de vacuité des vaisseaux sanguins.

Enfin les auteurs ont pu reproduire, sur les lymphatiques chylifères du chien et sur le canal thoracique, l'expérience de Gubler sur les veines de la main. Un choc léger sur le vaisseau a produit un rétrécissement lent et qui s'est propagé en avant; à ce rétrécissement a succédé une intumescence volumineuse et ovoïde, qui a duré près de trois minutes. (*Acad. des sciences*, 13 mars.)

Nerf pneumo-gastrique. La compression du tronc thoracique de ce nerf, jusqu'au niveau de l'origine de la branche droite par une dilatation de la partie antéro-latérale droite de la trachée, sur une étendue de 3 centimètres environ, a été constatée, par le docteur Stackler, à l'autopsie d'une femme de cinquante-trois ans, décédée le 12 mars, à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Hallopeau. Le tronc de ce nerf était rouge, volumineux, dur dans une étendue de 4 à 5 centimètres de son entrée dans le thorax, comparativement à son congénère gauche. Dépouillé de sa gaine, il perdit cet aspect et aucune altération de ses fibres ne se révéla au microscope.

Cette lésion rare a coïncidé pendant la vie avec une lenteur excessive et irrégulière du pouls, battant 40 par minute et tombant jusqu'à 28 dans certains accès. Malgré le volume normal du cœur, il existait un souffle très prolongé à la base et à la pointe au premier temps. La dilatation aortique, marquée par la matité, avait été constatée pendant la vie. Des douleurs névralgiques intercostales, se localisant ensuite sous forme d'accès douloureux dans la région précordiale, puis entre les deux épaules, en étaient les principales manifestations, augmentant graduellement à mesure que le pouls diminuait, jusqu'à former de véritables attaques simulant l'angine de poitrine, avec oppression, dyspnée, cyanose, ayant déterminé la mort.

Ces accidents de la circulation et de la respiration, joints à des troubles digestifs, sont rapportés à cette lésion, dont les principaux signes seraient un pouls lent, des crises syncopales et apoplectiformes simulant l'angine de poitrine. En rapprochant ce fait des cas analogues déjà publiés, cette lésion macroscopique donne une base positive à l'interprétation de ces symptômes, souvent inexplicables. Un fait est bien peu sans doute pour établir cette étiologie. C'est à l'avenir de la confirmer. (*Revue de méd.*, mai.)

NÉVRALGIES. *Symétrie chez les diabétiques.* Un nouvel exemple en a été observé par le docteur Buzzard chez une vieille diabétique, âgée de soixante-huit ans. Après un frisson, elle fut saisie de douleurs sciatiques dans les deux membres, que l'usage du salicylate de soude fit rapidement disparaître. Deux mois après, des douleurs symétriques ayant soudainement reparu dans le bas des reins, sans que la morphine pût les calmer, l'usage du salicylate les fit cesser aussitôt. N'est-ce pas une preuve de leur nature rhumatismale ? (*Lancet*, 25 février.)

Deux cas en sont également rapportés par le docteur Drasche chez deux hommes de soixante-quatre ans. Des douleurs lancinantes au niveau des fausses côtes droites furent le premier signe chez l'un d'eux. En devenant plus intenses et rebelles, elles firent constater une névralgie

intercostale du huitième espace à droite, avec paroxysmes. C'était le signe du diabète, car le malade accusa une soif vive et de fréquents besoins d'uriner. L'urine contenait 17 grammes de sucre par litre. Le traitement azoté fit diminuer rapidement les douleurs et le sucre ensuite.

Le membre inférieur droit fut atteint subitement, la nuit, dans le second cas. Malgré l'emploi du salicylate, les douleurs s'étendent et persistent, et le membre supérieur du même côté se prend ensuite. C'est seulement après plus de quatre mois de traitement de ces douleurs qu'en questionnant le malade, le diabète est découvert. Il y avait 40 grammes de sucre par litre d'urine et un peu d'albumine. Le régime et l'eau de Carlsbad parvinrent, avec le temps, à diminuer ces douleurs, en faisant disparaître le diabète. (*Wiener medic. Woch.*, janvier.)

La symétrie des douleurs n'en est donc pas le caractère pathognomonique. (Voy. *année* 1880.)

Rapports avec les affections cardiaques. De même que l'irritation des voies digestives produit une excitation des nerfs périphériques, celle des nerfs du bras gauche peut amener une lésion, une hypertrophie du ventricule gauche, d'après les faits observés par le professeur Potain. (Voy. Cœur.)

Les névralgies; leurs formes et leur traitement, par C. Vanlair, professeur à l'Université de Liège; deuxième édition, entièrement refondue et considérablement augmentée. Un vol. grand in-8° de 400 pages avec gravures dans le texte. Bruxelles, Manceaux libraire éditeur, 1882.

Le nombre et la diversité des travaux sur ce sujet en ont tellement changé l'aspect et la signification qu'il est devenu presque méconnaissable par les additions qui y sont faites. Comme la nuit, l'obscurité et le chaos disparaissent devant l'aurore, l'ouvrage de Chaussier, paru au commencement de ce siècle, débrouillait et éclairait magnifiquement le tableau synoptique des névralgies. Tant d'auteurs l'ont surchargé depuis d'espèces, de genres et de variétés nouvelles, en vertu des découvertes

faites sur le système nerveux, que l'on n'en distingue plus clairement les parties principales de l'accessoire. La névralgie est maintenant partout, comme le système nerveux qui en est le siège. En envisageant cette maladie à des points différents, opposés, surtout depuis le traité de Valleix en 1841, le cadre de ce tableau s'est tellement étendu et agrandi qu'il est sans limites précises ni dessein arrêté. La diversité des recherches et l'incohérence des faits, en répandant des lumières éclatantes à côté d'ombres obscures, ont tellement troublé, altéré l'ensemble, l'unité et l'harmonie de ce tableau, comme les tons et les couleurs disparates sur la toile, qu'il s'est rembruni, à force d'éclaircissements, presque comme au début. Après un siècle de travaux, l'obscurité est redevenue aussi profonde à la fin qu'elle était au commencement.

Le siège des névralgies étant fixé exclusivement dans le système nerveux, on a aussitôt étendu leur domaine, leur empire partout où se manifeste la douleur, qui en est le caractère essentiel, dès que la présence des nerfs pouvait en rendre compte. Au lieu de les restreindre, comme autrefois, au trajet des nerfs qui, à la face et aux membres surtout, en offrent les exemples types, on les a généralisées à leurs origines, comme à leurs expansions les plus imperceptibles. C'est dire que tous les organes et les divers tissus internes et externes en ont été dotés à l'envi, même *à priori*, sans qu'il fût nécessaire de les observer ni les constater. On n'a pas même cherché souvent à distinguer si la douleur n'avait pas une autre origine que le nerf, ou ne pouvait se produire autrement. Une infinité de névralgies de toutes sortes, générales et locales, superficielles et profondes, apparentes et cachées, idiopathiques, symptomatiques, spécifiques et bien d'autres, ont été admises en masse, en les attribuant à des causes diverses, opposées, plutôt par supposition, intuition que par démonstration. Le siège et la nature de la douleur restent en effet inconnus, ignorés dans la plupart des cas, et il est encore impossible d'exhiber le corps même délit.

Au milieu de cet immense dédale, un esprit classique et synthétique a heureusement entrepris de trier et col-

liger ces divers matériaux, accumulés surtout dans ces dernières années, pour en classer méthodiquement les données dans un nouveau tableau d'ensemble des névralgies. Distinguées en deux classes principales : idiopathiques et symptomatiques, les premières se divisent en cérébro-spinales ou ramiculaires et en ganglionnaires ou viscéralgies. Chaque viscère a ainsi la sienne propre, attitrée, sans compter toutes celles que lui apportent de temps à autre les causes organiques, toxiques, sympathiques, réflexes ou directes. Telles sont les névralgies symptomatiques, qui se répandent ici ou là et partout à la fois, suivant le caprice de la cause agissante ou la faiblesse, le défaut de résistance des parties envahies. Telle est la clarté, la simplicité de cette classification, que l'on se croirait revenu au plus beau temps du nosologisme de Sauvage, de Pinel ou de Broussais. Un ordre de *pseudo-névralgies* ou névropathies a même été créé, pour que toutes celles qui ont été admises, à tort ou à raison, soient réunies dans ce cadre.

Un coup d'œil général, à vol d'oiseau, sur ces différentes formes de névralgies et surtout leur traitement, suivi d'une notice séparée sur chaque espèce et chaque variété importante, avec les données les plus précises sur leur étiologie, leurs caractères et leur thérapeutique spéciale, constituent cet ouvrage. On n'a omis cette précaution que pour les névralgies types de la première classe, comme trop bien connues sans doute. Rien de particulier, par exemple, sur la sciatique, il ne se trouve que des notions générales sur ces névralgies idiopathiques ; mais, par contre, la thérapeutique en est traitée avec un véritable luxe. Tout est noté avec soin, indiqué avec ordre et méthode et une parfaite clarté, mais sans réflexions ni critique. C'est une simple annotation, fidèle et complète, de toutes les données principales de ce vaste sujet, et formant un memento précieux pour la thérapeutique si variée de ces affections. C'est le grand mérite de ce livre, mais il n'y faut pas chercher autre chose.

Névralgie faciale. *Arrachement du nerf sous-orbitaire.* Ce nouveau procédé a été employé par M. Blum sur une

femme de soixante-huit ans, atteinte depuis huit ans d'une névralgie atroce, rebelle à tous les moyens de traitement. Ayant constaté sur le cadavre que, en isolant bien le sous-orbitaire de ses connexions avec son orifice de sortie, les tractions permettaient d'en arracher une longueur de 10 à 30 millimètres, il préfère ce procédé à la névrotomie et à l'élongation, comme plus sûr, en les réunissant à la fois.

Le 15 septembre 1881, il dénuda ce nerf à sa sortie, le chargea sur une sonde cannelée et le rompit par une traction brusque. Il obtint des faisceaux inégaux, de 20 à 26 millimètres de longueur, sans aucune altération histologique. L'opéré fut soulagée immédiatement; les douleurs ne reparurent plus, et les suites furent simples. C'est donc un procédé facile, efficace et sans danger. (*Soc. de chir.*, février.)

NÉVROSES. *Traité des névroses*, par A. Axenfeld, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris; deuxième édition, augmentée de 700 pages, par H. Huchard, lauréat de l'Académie et de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon. Un volume grand in 8° de plus de 1200 pages. Librairie *Germer Baillière*, Paris.

Le plus frappant de cet ouvrage est son apparence volumineuse. Elle en est effrayante; toute la pathologie interne eût contenu dans un volume de cette ampleur, il y a moins d'un demi-siècle, comme le *Manuel* de Tardieu en est la preuve. Nous imitons de plus en plus la manière lourde et sèche, diffuse et analytique des Allemands, qui se répètent les uns les autres, pour se donner de l'importance. Au lieu de prendre d'un sujet, d'une idée, d'une expérience ou d'une observation la quintessence ou la moelle, on les rapporte *in extenso*, avec les commentaires, critique ou approbation en plus. Comme s'il ne suffisait pas, surtout en ce temps d'expérimentation et d'analyse où l'on produit tant si facilement, après avoir cité et synthétisé l'œuvre principale, d'y renvoyer pour les détails. La méthode contraire nous donne d'aussi gros *bouquins*.

Tout le secret de l'ampleur de celui-ci n'est pas là. Si

cette réédition de l'œuvre originale d'Axenfeld a plus que doublé à moins de vingt ans d'intervalle, sous la plume féconde de son élève et son continuateur, c'est pour n'avoir rien changé à son programme primitif. Au lieu de rester dans les limites établies avant lui de ces affections nerveuses, sans siège précis ni lésions appréciables, constituant les névroses classiques, le jeune professeur avait montré irréfutablement, dans ses considérations générales, que beaucoup de névralgies locales, d'hyperesthésies, d'anesthésies, d'analgésies, et même de paralysies se rattachaient à cette condition d'avoir leur racine dans le système nerveux, sans lésion appréciable ou tellement passagère que ni le siège, ni le lieu, ni la nature n'en pouvaient être également déterminées. Et, rompant avec ces distinctions scolastiques et quelque peu byzantines, il avait réuni d'ores et déjà, par l'autorité seule de sa dialectique, toutes les affections nerveuses, séparées par des noms différents et dans des classes spéciales, en vertu de ce fait que le microscope ni les réactifs, pas plus que l'œil nu, n'avaient pu encore en fournir une lésion univoque, matérielle et irréfragable. D'où sa nouvelle définition des névroses et leur classification selon qu'elles atteignaient isolément la sensibilité, la motilité, l'intelligence ou ces diverses fonctions à la fois. Delà l'ordre des névroses mixtes ou complexes. Leur subdivision en classes et en genres se faisait d'elle-même, et la description des espèces avait dès lors rempli un volume de plus de 500 pages, en omettant l'ordre des vésanies, renvoyées aux traités spéciaux.

Dès 1863, Axenfeld avait donc très notablement agrandi le cadre des névroses classiques, et cette assimilation judicieuse fut si bien acceptée qu'elle contribua beaucoup à son élévation au professorat. C'est en acceptant et en suivant le programme de son maître que, en vertu des progrès accomplis sur les anciennes espèces et en en décrivant de nouvelles, M. Huchard a été conduit à composer un si gros volume. On ne peut s'en étonner, en voyant précédemment les névralgies, seules traitées séparément, former un volume de 400 pages, alors qu'elles n'en contiennent ici que 140. Mais il y a de plus les viscéralgies, et c'est surtout dans ce domaine inconnu, à

peine signalé par l'auteur, que son continuateur a pu exercer son érudition, plutôt que son observation ni ses opinions personnelles. La migraine, le vertige, l'irritation spinale, l'angine de poitrine surtout, ont été augmentées des opinions théoriques les plus récentes, rapportées *in extenso*, au point d'occuper 187 pages. Les anesthésies ou paralysies du sentiment, enrichies des récentes acquisitions sur les formes cérébro-spinales, périphériques et ischémiques, constituent un chapitre tout nouveau, qui conduit ainsi les névroses de la sensibilité jusqu'à la page 427, terminant le premier livre.

Celles de la motilité forment le second. Etudiées dans le même ordre que les précédentes, elles comprennent les convulsions, les spasmes, les crampes, produisant le trouble, le désordre ou l'excès des mouvements; puis leur abolition totale ou partielle, localisée dans les paralysies d'origine nerveuse, ischémique, centrale ou périphérique, et leur perversion dans certains tremblements. C'est certainement le plus nouveau et le plus intéressant des trois par les recherches récentes et les nouvelles découvertes qu'il comporte, notamment les localisations en résultant. M. Huchard s'est complu à les exposer en détail, tout en conservant intactes les anciennes données de son maître. De pures névroses d'il y a un quart de siècle, comme la paralysie diphthéritique par exemple, dont les lésions locales, constatées récemment, permettent à peine de la faire figurer pour mémoire, occupent une place démesurée au passé et au présent. Là surtout éclate la différence d'exposition des deux auteurs. Axenfeld pose des principes, embrasse les grandes lignes et, pour mieux les fixer, s'arrête seulement aux principaux détails, dont il marque ainsi toute l'importance; son continuateur, au contraire, vise tous les détails, les faits petits et grands, selon la mode du jour, qu'il intercale indistinctement dans les lignes. Telle est leur distinction, leur contraste et la cause de la longueur de l'ouvrage, qui ne se complète ainsi qu'au prix d'un disparate choquant.

Restent les névroses complexes ou mixtes, comprenant la chorée, l'épilepsie, le nervosisme ou neurasthénie, la catalepsie et l'hystérie, dont M. Huchard a fait

de véritables traités à l'ordre du jour. Toutes ces questions sont reprises au début même, dans la description comme dans la bibliographie, et conduites presque jusqu'à la veille de l'impression, sans que la solution étiologique et thérapeutique soit plus avancée. On divise et l'on subdivise, on fractionne, pour mieux élucider et classer tous les faits, et l'on s'aperçoit, en fin de compte, que la dernière de ces névroses, l'hystérie la plus protéiforme, peut revêtir tous les traits de ce groupe. Les médicaments les plus actifs, comme les méthodes les plus directes : l'hydrothérapie, l'électricité, la métallothérapie, ne peuvent que calmer, atténuer, diminuer les accès, sans atteindre le mal dans sa source ni le guérir.

Ce nouveau traité des névroses n'est donc plus conçu dans le sens étroit que l'on attachait à ces maladies, il y a moins d'un siècle. Son but est de fixer les affections nerveuses pouvant entrer dans ce cadre d'après les connaissances actuelles. Mais, sauf ces dernières, qui en forment le fond stable et invariable depuis la plus haute antiquité, beaucoup de celles qui y figurent aujourd'hui pourront en disparaître demain, en vertu même des progrès de la science, surtout après les méthodes physiques et positives en vogue, tendant à trouver une lésion matérielle à des effets si palpables et évidents.

O

OPHTHALMOLOGIE. *Auscultation de l'œil.* En imaginant un stéthoscope spécial à cet effet, qui permet d'en faire une application usuelle sur les paupières fermées, aux diverses affections oculaires, le professeur Gradenigo estime que ce moyen puissant ne doit pas être négligé. Des divers bruits ou rumeurs étendues, les plus variables et d'un timbre différent, se distinguant surtout par leur intermittence, sont attribués aux mouvements respiratoires, à ceux du globe oculaire et des paupières. Ils cessent ainsi dans la région périorbitaire, et varient en fermant ou en ouvrant la bou-

che ou le nez. Leur seule importance est de ne pas les confondre avec le suivant :

C'est un bruit continu, presque uniforme et constant, comparable à celui qui s'obtient par l'introduction de l'extrémité du petit doigt dans le conduit auditif. Laennec l'appela rotatoire, parce qu'il rappelle le son d'une roue en mouvement et est attribué, d'après une célèbre expérience de Magendie, au mouvement tonique des fibres musculaires résultant de leur contraction. Les vibrations des nerfs, comme des cordes musicales tendues, en étaient la cause, d'après Collongues.

Toujours est-il que l'observateur italien a constaté que cette rumeur varie dans les divers états pathologiques, augmentant parfois d'intensité et de ton, et disparaissant presque dans les processus inflammatoires, la paralysie, l'atrophie musculaire, la syncope, comme aux extrémités digitales. Il serait donc bien dû à la contraction permanente ou tonicité des muscles extrinsèques du globe oculaire. De là l'indication d'en rechercher les modifications dans les diverses maladies des muscles et des nerfs moteurs, et toutes les altérations morbides qui se développent dans les parois orbitaires, dans la couche de tissu adipeux et dans le bulbe même, dès que la motilité en est influencée. Les corps étrangers, comme les résidus phlogistiques, hyperplasiques, néoplasiques et traumatiques, peuvent même se révéler par ce signe local. D'où un nouveau moyen d'en constater la présence. (*Gazzetta med.*, nº 44, 1881.)

Emploi du nuage phéniqué. En raison des complications dangereuses qui, à certaines époques, suivent l'opération de la cataracte par extraction, le docteur Galezowski, admettant que cela tient à la disposition atmosphérique et la présence des microbes, a cru devoir employer le spray dans ces opérations. L'acide phénique à faible dose, en solution dans l'eau, lui a paru supérieur à l'acide borique à cet effet. L'expérimentation clinique, pendant deux ans, de ces deux moyens, lui a fait abandonner celui-ci.

Outre l'emploi du nuage sur l'œil pendant l'opéra-

tion, il le renouvelle à chaque pansement, en soulevant rapidement la paupière supérieure. Deux observations confirment les bons résultats qu'il en a obtenus. A la moindre suppuration de la plaie cornéenne, il faut surtout recourir au spray en l'employant de demi-heure en demi-heure, et plus souvent même, suivant la gravité du mal. (*Gaz. hebdomad.*, nº 22.)

Iodoforme. La principale action de cet agent étant de tarir la suppuration dans les trajets fistuleux, il était tout naturel de l'essayer dans l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. La pommade à l'huile de cade réussissant parfaitement bien chez les enfants scrofuleux, le docteur Galezowski a appliqué spécialement l'iodoforme à la forme croupale, qui se caractérise, chez les enfants de deux à cinq ans, par un gonflement excessif des paupières, bourgeonnement des papilles, avec exsudation superficielle sur certaines parties de la conjonctive qui laisse une surface saignante en se détachant. La cornée ne se prend que tardivement et reste souvent intacte; mais, comme dans l'ophthalmie diphthéritique, la suppuration est très abondante et résiste à tous les traitements. La glace ou les compresses glacées ont seules amené quelques succès; mais, le plus souvent, tous les moyens échouent, et le mal se prolonge pendant deux à trois mois et plus, avec une ténacité désespérante.

C'est dans cette variété que l'auteur emploie la pommade suivante :

Iodoforme..................................	1
Vaseline..................................	10

On introduit avec un pinceau une grande quantité de cette pommade, entre les paupières, plusieurs fois par jour, en l'engageant profondément jusque dans le cul-de-sac conjonctival. Ce traitement devra être continué tout le temps que durera la suppuration.

L'iodoforme peut trouver son application partout où il existe de grandes surfaces ou de grandes cavités en suppuration; cette préparation, employée en poudre ou

combinée à la vaseline sous forme de pommade, pourra modifier d'une manière très avantageuse et rapidement l'état de la surface suppurante. (*Recueil d'ophthalmologie.*) Voy. SCROFULE OCULAIRE.

ORCHITE. La forme traumatique, par contusion directe surtout, aurait une gravité exceptionnelle sur la perte du testicule, d'après MM. Monod et Terrillon; elle serait infiniment plus dangereuse que par inflammation directe ou sympathique. Tandis que l'action d'un instrument piquant ou tranchant est presque innocente sur cette glande, elle s'enflamme rapidement après un coup ou un choc violent, comme A. Cooper l'a signalé le premier, particulièrement chez les adolescents. « Un coup sur le testicule, dit-il, cause fréquemment son inflammation. Violent, il provoque le vomissement aussitôt et presque sous la main qui a exercé la violence. C'est le signe de son intensité. La pression du testicule par l'exercice du cheval est la plus fréquente, lorsque le cavalier est porté violemment sur le pommeau de la selle. Un épanchement de sang se forme dans le scrotum par la rupture des vaisseaux, et une vive inflammation en résulte, dont l'atrophie de l'organe peut être la conséquence, surtout à l'époque de la puberté. Un coup porté sur la partie, dans l'exercice de certains jeux, en est une cause aussi fréquente que l'équitation. »

Trois formes en résultent, suivant que l'inflammation envahit l'intérieur des tubes séminifères, se limite au tissu qui les unit ou seulement à l'enveloppe même du testicule. Mais elles sont rarement aussi distinctes. La plus grave est lorsque les tissus étant déchirés, quelquefois écrasés, une violente inflammation s'allume dans le corps même de la glande et en entraîne la perte. Sa substance est détruite par la suppuration ou s'échappe sous la forme d'un pus brunâtre, mêlé de petits cordonnets qui sont les conduits séminifères. D'où la destruction même de la fonction spermatique. Des expériences toutes récentes, faites sur les chiens en leur portant des coups sur le scrotum, ont montré qu'à la suite des différentes lésions en résultant, suivant l'intensité des coups, l'atrophie des testicules en

est la conséquence, soit par l'obstruction seule des tubes séminifères, comme le prétend M. Reclus, soit avec la lésion coïncidente du tissu conjonctif inter-canaliculaire. C'est donc une orchite interstitielle et tubulaire scléreuse.

Dans ces conditions, le testicule atrophié se présente ordinairement sous forme d'une petite masse très dure, réduite aux dimensions d'un haricot ou d'une noisette, offrant à la coupe toutes les apparences d'un tissu fibreux dense. L'épididyme reste intact, au moins extérieurement, quand il n'a pas été touché; mais la difficulté qu'il ne soit pas atteint le rend le plus souvent dur, bosselé, hypertrophié, atrophié et d'un aspect fibreux.

De là les différences considérables avec l'inflammation testiculaire d'origine uréthrale ou simplement vénérienne. Les phénomènes sont localisés ici à l'épididyme, et les lésions siègent exclusivement dans l'épithélium. Les parois tubulaires ne sont atteintes que secondairement, et la prolifération cellulaire du tissu conjonctif est en foyers distincts au lieu d'être disséminée. L'atrophie de l'organe par sclérose est ainsi impossible. Le testicule n'est envahi qu'accidentellement. (Voy. EPIDIDYMITE, 1881.)

Au point de vue clinique, l'orchite traumatique se distingue par une réaction inflammatoire moins intense que dans l'épididymite uréthrale. Elle s'établit lentement, sans gonflement ni douleur vive, comme dans celle-ci. La résolution se manifeste dès le huitième jour dans les cas simples; mais la diminution, l'atrophie du testicule suit bientôt avec une marche croissante, tandis que l'épididyme reste intact, s'il a échappé à l'action du corps contondant, comme dans les quatre observations rapportées à l'appui; mais, dans les autres cas, l'atrophie le frappe également.

Ces expériences et ces observations tendent donc à établir deux espèces d'orchites, aussi distinctes par leur origine qu'elles le sont dans leur siège et surtout leur gravité quant à la fonte, la perte du testicule atteint, sinon des deux. L'inflammation uréthrale, blennorrhagique, vénérienne ou syphilitique, se fixerait de préférence sur l'épididyme, c'est-à-dire la tête ou la calotte du testicule, et se limiterait là, en respectant le corps de l'or-

gane. L'atrophie, quoique possible, en serait exceptionnelle et très rare, tandis qu'elle est la règle presque fatale, inévitable, dans l'inflammation traumatique, par compression ou contusion à tous les degrés, en se fixant sur les tubes séminifères. D'où la fonte et la perte entière de l'organe. Ce caractère essentiel distinguerait l'orchite glandulaire ou par contusion de l'orchite épididymaire.

L'atrophie du testicule est si fréquente après sa contusion que, sur 15 exemples collectés dans les hôpitaux par le docteur Coutan, dans sa thèse soutenue à Paris en 1881, 11 furent suivis de la perte de l'organe, dont 8 par atrophie et 3 par suppuration. La plupart de ces atrophies étaient sur des jeunes gens de quatorze à dix-neuf ans, 3 seulement ayant de vingt à trente ans, tandis que ceux qui ont été frappés de suppuration étaient des vieillards de soixante ans et au-dessus, à une seule exception près. La guérison est donc une rare exception. Sur 39 cas, il n'y en a eu que 6, et encore était-ce dans les cas moins graves où le testicule avait à peine été lésé, touché.

Cette atrophie se complique parfois de douleurs névralgiques si atroces et insupportables que la castration a été réclamée et exécutée, comme dans le testicule névralgique, douloureux. Heureusement, un seul testicule est ordinairement atteint à la fois, et l'autre peut le remplacer dans sa fonction. Mais un danger le menace, si le porteur est prédisposé héréditairement à la tuberculose. Elle peut se développer spontanément sur ce testicule unique et le détruire en entier par ramollissement, caséification, comme elle le fait du poumon. Ce danger est d'autant plus grave que le sujet est jeune, adolescent, et que la castration n'est en pareil cas qu'un remède palliatif avec récidive à court terme. (*Archiv. de méd.*, octobre, novembre et décembre 1881.)

Si ces expériences se confirment, l'inflammation la plus fréquente et commune des testicules serait la moins grave, en n'entraînant leur fonte que par exception. Elle n'agirait que par obstacle à la circulation du sperme dans l'épididyme, sauf les cas d'origine syphilitique. C'est le point de départ de l'infection sur le testicule. Il se tuméfie alors, s'infiltre d'une substance scléro-gom-

meuse, dit le docteur Reclus, et, après un temps variable, elle détermine l'atrophie de l'organe ou bien le ramollit et l'abcède, pour s'évacuer au dehors par de petites ouvertures fistuleuses du scrotum résultant de l'inflammation interne. Tout ou partie de la glande s'échappe par ces orifices sous forme de bourgeons, ou bien elle se ramollit et envoie au dehors des granulations ou des végétations exubérantes, qui, en sortant, s'étalent sur le scrotum en masse champignonneuse. (*La stérilité humaine et l'hermaphrodisme*, p. 307.)

Badigeon phéniqué. C'est le moyen simple, employé depuis 1874 par le docteur A. Drouet. Une solution de 9 grammes d'acide phénique cristallisé étant faite dans un gramme d'alcool, on en badigeonne toute la surface cutanée correspondant au trajet du cordon du côté malade, après l'avoir rasé, bien entendu, sur une largeur d'environ quatre à cinq centimètres, en repassant trois ou quatre fois de suite. Une sensation de brûlure en résulte immédiatement; mais on l'apaise de même avec une compresse ou un mouchoir trempé dans l'eau froide. C'est là tout le traitement, et il ne s'agit ni de sangsues, ni de cataplasmes, ni de bains, et en huit jours l'orchite est ordinairement évanouie.

C'est donc là un simple effet révulsif. La teinture d'iode, le nitrate d'argent, les vésicatoires peuvent sans doute remplacer ce badigeon phéniqué; mais celui-ci mérite la préférence par son emploi facile, propre et rapide. 3 à 4 minutes suffisent pour son application, et une seule séance dans la majorité des cas. L'épiderme devient nacré par la cautérisation, puis rouge brun et parcheminé. Dans les orchites graves avec funiculite, il est bon de répéter le badigeon le troisième ou le quatrième jour. Jamais on n'a observé de rechutes.

Expérimenté au Val-de-Grâce par le docteur Mathieu et à l'hôpital Cochin par M. Th. Anger, ce traitement simple a eu le même succès qu'entre les mains de l'auteur. Il n'y a donc aucun danger de l'employer. (*Courrier méd.*, nº 32.)

Salicylate de soude. Sa propriété spéciale d'apaiser

les douleurs articulaires dans le rhumatisme aigü a conduit le docteur Henderson à l'essayer contre la douleur si vive de l'orchite aigüe, consécutive à la blennorrhagie. Il en a commencé l'usage à l'hôpital, de Shangaï, chez des malades ayant de la fièvre avec gonflement douloureux d'un testicule et suppression de l'écoulement uréthral. Un gramme de salicylate était administré d'heure en heure, sans autre moyen local ni général. Dès la quatrième dose, une sueur profuse avait lieu avec diminution de la douleur et de la température, soit 2 degrés Farh. En continuant encore pendant quatre à six heures le médicament, la cessation de la fièvre amenait un sommeil réparateur et le troisième jour la douleur et le gonflement avaient disparu avec retour de l'écoulement.

Trois observations, relatées en détail, témoignent de cette action presque uniforme. Ce médicament serait donc préférable au précédent par son administration facile et sans danger à aussi faible dose, autant que par ses effets rapides et presque spécifiques. Il suffira d'en faire l'essai dans l'orchite aigüe pour vérifier la réalité de cette action surprenante. (*Lancet*, 16 décembre.)

Orchite ourlienne. Dans une épidémie d'oreillons qui a sévi à l'Ecole polytechnique en 1881, le docteur Védrènes a observé 15 cas d'orchite sur 25 malades, soit 60 0/0, alors que dans 25 épidémies précédentes, dont les relations ont été publiées, cette proportion n'a été que de 28 0/0. Toutes ces orchites ont été précédées d'oreillons, sans qu'aucune ait apparu primitivement, comme dans certains cas. Toujours la tête de l'épididyme a été affectée la première, comme dans l'orchite blennorrhagique. Ce n'est donc pas là un signe distinctif. L'atrophie testiculaire a été aussi assez fréquente, sans qu'on ait pu juger des suites, les malades n'ayant pas été suivis assez longtemps.

C'est en combattant surtout activement la stomatite, qui marque l'invasion des oreillons, que le mal a été le plus sûrement atténué. Au lieu de gargarismes à l'alun et au chlorate de potasse, restés sans effet, une solution au 200e de chloral a été employée, soit un à deux litres dans les vingt-quatre heures. Pas un cas d'orchite ne

s'est manifesté chez les malades qui en ont fait usage. Ce moyen inoffensif, pouvant remplir une indication antiseptique et détruire les germes morbides, mérite donc d'être répété avec les émollients, les calmants, le repos et le suspensoir, qui ont formé le traitement, à l'exclusion de toute émission sanguine, locale ou générale. (*Recueil des mém. de méd. et chir. milit.*)

OVARIOTOMIE. Les gynécologistes américains, en gens pratiques et utilitaires, sont en train d'établir sur des bases solides et durables leur priorité à la pratique de cette grande opération. En sa qualité de président de l'*American gynecological Society*, le professeur Byford, de Chicago, en a pris l'initiative dans son discours d'ouverture, au dernier meeting annuel, tenu à New-York, au siège même de l'Académie de médecine, à la fin de septembre 1881. L'unique honneur rendu par la profession à Ephraïm Mac Dowell pour ce grand bienfait à l'humanité tout entière, a-t-il dit, est un modeste monument en pierre placé dans l'obscure petite ville du Kentucky, où il a passé sa vie comme praticien. Ses confrères de l'Etat et quelques admirateurs des environs l'ont élevé à sa mémoire. Il n'est ainsi connu et contemplé que par eux seuls.

Si louable que ce souvenir soit pour le cœur de ceux qui l'ont conçu et exécuté, la reconnaissance de la profession médicale américaine ne doit-elle pas se manifester plus hautement et dignement? Les gynécologistes qui ont presque monopolisé cette grande opération léguée au genre humain, et qui en ont le plus bénéficié, ne lui doivent-ils pas un témoignage particulier? La réputation de plusieurs de nos éminents confrères est presque seule due à leur adresse comme ovariotomistes et tous ceux qui ont acquis de la célébrité dans la chirurgie gynécologique doivent leur renommée et leur fortune à l'exécution de cette grande opération.

Pour ce magnifique legs professionnel, nous pouvons honorer Mac Dowell par une grande fondation qui servira en même temps aux progrès de notre Société. C'est la création d'un grand fonds à son nom, recueilli parmi nous, et dont l'intérêt annuel servira de prix pour ré-

compenser les meilleurs travaux présentés sur des sujets, indiqués et relatifs à la gynécologie. L'adjudication de ce prix sera un encouragement substantiel à l'excellence des travaux des concurrents, et l'honneur en résultant stimulera l'ambition. La possession de ces mémoires et le privilège de les publier seront la compensation de la Société, comme gardienne de ce fonds et juge du concours.

Il est à prévoir que cette provocation de l'amour national et professionnel n'est pas restée sans écho. Une souscription a dû s'ensuivre, qui sera probablement présentée aux ovariotomistes du monde entier. C'est donc un prix de plus que nous aurons à enregistrer.

Nuage phéniqué. Son influence paraît des plus favorables dans la statistique des ovariotomies faites en Suisse et s'élevant au chiffre de 233. 87, faites sous le spray, dans huit des principales villes, par onze chirurgiens différents, ont donné 68 guérisons et 19 décès, soit 21,8 pour 100. D'autres chirurgiens, opérant alternativement avec ou sans le spray ailleurs, ont obtenu, dans 91 ovariotomies avec le spray, 75 guérisons et 16 décès, soit 17,5 pour 100, tandis que dans 23, faites sous le nuage, il y eut 15 guérisons et 8 morts, c'est-à-dire l'énorme proportion de 34,7 pour 100. La différence est donc du double.

La preuve de cette influence se confirme par le résultat de 32 autres ovariotomies, faites par d'autres chirurgiens n'employant pas le spray. Il y eut 20 guérisons et 12 décès, proportion encore plus élevée que la précédente. Voilà donc des arguments topiques pour les partisans de la méthode antiseptique complète. (*British med. journ.*, janvier.)

Sur 84 ovariotomies pratiquées à l'hôpital de la Samaritaine en 1881, il y eut 10 morts, dont une partie des causes paraît dépendre du défaut de précautions antiseptiques. 34 cas exécutés aseptiquement par le docteur Bantock donnèrent 8 décès, tandis que les 41 opérés antiseptiquement par le docteur Knowsley Thornton n'en fournirent que 2; 9, traités de même par M. Meredith, guérirent tous. C'est donc 2 décès sur les 50 cas traités

antiseptiquement. Aussi le premier invoque-t-il le shock, l'hémorrhagie et tous les autres accidents pour expliquer ses insuccès sans l'asepticité. (*Lancet*, 27 mai.)

A l'opposé de ces résultats, M. Lawson Tait donne ceux qu'il a obtenus dans les 100 ovariotomies pratiquées dans les treize ou quatorze derniers mois, sans aucune précaution antiseptique. Or il n'a eu que 3 décès, dont un par suffocation pendant le vomissement et deux par thrombose et embolie veineuse, parties du pédicule et ayant gagné instantanément le cœur. Six des malades étaient enceintes au moment de l'opération; une autre eut une péritonite aiguë, tout se passa bien. L'une d'elles avorta; les cinq autres accouchèrent à terme d'enfants vivants. Dans 2 cas, la tumeur était constituée par un fibrome de l'ovaire gauche, dans les 98 autres par un kyste. Sur ces 98 kystes, il y en avait 11 du para-ovarium, 60 d'un seul ovaire, parmi lesquels il faut compter les 3 insuccès, et 27 des deux ovaires.

Dans 53 cas, il y avait des adhérences multiples; mais elles n'ont eu aucune influence sur la mortalité.

Sur les 3 cas fatals, 2 ne présentaient aucune adhérence; 1 seul kyste était légèrement adhérent au fascia transverse. Dix-sept fois la tumeur était sessile. Le pansement a toujours été fait avec du coton de laine sec et absorbant. Dans un vingtième des cas, la plaie a suppuré; on l'a pansée alors avec de l'onguent de zinc ou avec la lotion rouge.

Cette amélioration de la mortalité est attribuée :

A l'abandon total du clamp de Spencer Wells ;

Au lavage minutieux et complet du péritoine et à son drainage, comme le recommande Keith ;

Au perfectionnement de son expérience personnelle et à la diminution des cas où la ponction avait été pratiquée antérieurement. Les deux malades qui moururent de thrombose avaient été ponctionnées au préalable, l'une 16 fois et l'autre 30 fois. L'auteur pense que, si l'on renonçait à la ponction, il n'y aurait de mortalité, après l'ovariotomie, que celle qui relèverait du tétanos et des complications similaires hors ligne.

Elle serait due surtout à l'abandon complet du traitement antiseptique, à l'hygiène et à la discipline bien

entendues de l'hôpital. Ces deux éléments ont tant d'importance que ce n'est que très exceptionnellement qu'il consent à opérer en ville. (*Association méd. britannique.*)

Malgré les nombreuses objections faites à ce système, il est remarquable qu'il n'ait pas soulevé l'unanimité. Il a même rencontré des adhérents comme le docteur Sutton, qui, d'adepte fervent du listérisme après l'avoir vu employer en Allemagne, s'en déclare le contempteur, depuis que la pratique de Keith père et fils a montré que les 53 dernières ovariotomies, faites sans listérisme, n'ont donné qu'un seul décès. Dans l'ouest de l'Amérique, la chirurgie antiseptique perd ainsi tous les jours ses partisans.

Refroidissement. C'est le point important, suivant M. Houzé (de l'Aulnoit), qui l'a constaté dans plusieurs cas. La grande surface habituellement cachée des intestins, qui se trouve exposée à l'air, en serait la principale cause, avec la gêne de la respiration. Si l'eau phéniquée et l'eau salée rendent des services dans cette opération, la grande propreté est surtout indispensable et en fait tout le succès. (*Bull. méd. du Nord.*)

Expansion et adhérences de la vessie. Cette rare et redoutable complication de l'ovariotomie a été signalée dans ce Dictionnaire dès l'année 1868, par le fait, peut-être le premier relaté, du docteur Neale, qui en offre un exemple type. Aussi l'opération est-elle restée inachevée et laissa une fistule urinaire, qui ne paraît avoir cessé qu'avec la vie, un an après. Mais cette observation est depuis lors passée inaperçue, et, malgré l'empressement mis de toutes parts à reehercher et signaler les complications possibles d'une si redoutable opération, aucun ovariotomiste n'a rappelé explicitement celle-ci. Les cas d'ouverture de la vessie n'ont pourtant pas manqué pour fixer l'attention à ce sujet. Sur 12 cas signalés par le docteur Eustache, suivis de 9 guérisons et 3 décès, la principale cause de ces malheurs restait négligée, malgré une observation coïncidente d'ouverture de la vessie par dissection des adhérences, de M. Vanverts, mettant de

nouveau cette cause en évidence. (Voy. *année* 1879.) Cette leçon s'offrit encore en vain ici, comme en Allemagne, où plusieurs cas d'ouverture de l'uretère ont été signalés en 1877.

La généralisation prompte et rapide de l'ovariotomie d'un bout du monde à l'autre et le grand nombre d'exemples publiés chaque année, tenant lieu d'une expérience presque séculaire à cet égard, on pouvait croire que la liste de ses nombreuses complications possibles était épuisée, lorsqu'un célèbre gynécologiste américain, Gaillard Thomas, de New-York, en cita une nouvelle à l'*American gynecological Society*, en 1881, d'après un exemple observé en novembre 1880 sur une Canadienne de trente-huit ans, entrée à son *Woman's hospital* pour une volumineuse tumeur ovarienne. Une incision de trois pouces et demi lui montra une surface singulière qui arrêta sa main avant de plonger le trocart dans le kyste. Il agrandit l'incision, et, soupçonnant que la masse recouvrant celui-ci était la vessie, il y passa un long cathéter, qui lui en donna immédiatement l'assurance.

Mis en demeure de rechercher les limites de ces adhérences pour les détruire, il acquit la preuve d'une union si intime avec la tumeur qu'il fut impossible d'y pénétrer d'aucun côté, même en prolongeant l'incision au-dessus de l'ombilic. Elles s'étendaient en haut entre l'ombilic et le cartilage ensiforme et latéralement jusque dans les régions lombaires. Les dimensions de la vessie étaient si vastes qu'il eût été impossible de croire à son identité, si la présence du cathéter à l'intérieur n'en eût révélé l'immense étendue. Il eut d'abord l'idée de refermer l'ouverture abdominale, comme le docteur Neale le fit le 3 décembre 1867, lorsqu'il rencontra le premier une disposition identique de la vessie. (Voy. *année* 1868.) C'était abandonner la femme à son sort fatal; et dans l'impossibilité absolue de détruire ces adhérences sans ouvrir la vessie, comme le docteur Vanverts en 1879, le chirurgien américain tenta de le faire de propos délibéré avec aise et sécurité de la manière suivante :

Incisant la paroi antérieure de la vessie, il introduisit son index gauche dans sa cavité et put ainsi constater

exactement et avec précision qu'elle adhérait intimement à la tumeur dans toute sa circonférence; le centre de la paroi postérieure seule était libre. Il réséqua toutes les parties adhérentes de la tumeur, le doigt servant de conducteur au bistouri, et, malgré une hémorrhagie abondante et de nombreuses ligatures, il put ainsi mettre le kyste à découvert, le ponctionner et le vider, lier le pédicule et le sectionner ensuite.

Le kyste enlevé, il restait l'embarras de cette immense vessie hypertrophiée, avec une incision au milieu de sa paroi antérieure. Cette difficulté fut surmontée en se servant des parois abdominales comme d'un clamp, en unissant les parois vésicales par leur adhésion. L'incision de la vessie devenait ainsi externe, afin que, si un pertuis fistuleux s'établissait, l'urine ne tombât pas dans la péritoine. A l'aide des aiguilles de Vidal, la plaie abdominale fut aussi suturée de haut en bas avec des fils d'argent, les lèvres de la vessie étant à la surface. Un cathéter sigmoïde de Sims fut placé dans la vessie.

Malgré cette opération laborieuse et cette suture externe des parois vésicales, dont les vaisseaux béants donnèrent lieu à une légère hémorrhagie le second jour, sous l'influence de la fièvre, la convalescence s'établit rapidement. Les sutures furent enlevées le dixième jour, et, quoique un léger écoulement d'urine eût lieu par la plaie le quatorzième jour, il n'y eut pas lieu de s'en préoccuper jusqu'à ce que l'opéré pût quitter le lit. Vers le quarantième jour, un petit ténotome, traversant le pertuis urinaire filiforme, suffit à appliquer une suture qui l'oblitéra et permit à cette femme de retourner au Canada parfaitement guérie.

Cette opération, peut-être unique en gynécologie, est pleine d'enseignements quant à la pratique de l'ovariotomie. La difficulté du diagnostic de cette complication autant que sa rareté et son extrême gravité en font un des plus redoutables problèmes. Sur les 7 exemples collectés par l'auteur à l'appui du précédent, la mort en a été constamment la conséquence, soit que l'opération n'ait pu être terminée, soit que la vessie, ponctionnée ou incisée accidentellement, sans le savoir, ait

déterminé des accidents mortels. Un mois avant le cas précédent, le docteur Noëtggerath avait ainsi ponctionné et incisé la vessie, croyant avoir à faire au kyste, et ne s'aperçut de sa méprise qu'en l'ouvrant ensuite. La ponction du kyste avant l'ouverture de l'abdomen, suivant la coutume du docteur Kimball, en est ainsi absolument défendue. Au contraire, une précaution préalable à prendre à l'avenir, en vue de cette complication, sera le cathétérisme de la vessie, pour en apprécier les dimensions ou la capacité, surtout quand des troubles de la mixtion se sont manifestés ou que des accidents inflammatoires locaux, des péritonites partielles ont accompagné le développement du kyste.

Il est remarquable en effet, d'après la discussion de ce fait, que les adhérences intimes et étendues de la vessie, comme des autres organes adjacents, s'observent surtout dans les tumeurs fibro-cystiques de l'utérus simulant des kystes de l'ovaire. Plusieurs cas en ont été relatés, où la vessie a été ainsi ouverte accidentellement et suivie rapidement de la mort. (*Transact. of the amer. gynecol. Society*, vol. VI, p. 259, 1881.)

L'expansion anormale de la vessie et son adhérence intime sur les kystes ovariens et les tumeurs utérines constituent donc un obstacle et une complication redoutable. C'est là le principal danger à l'ovariotomie, bien plus que l'ouverture de la vessie pouvant en résulter. Les cas déjà nombreux où la blessure de cet organe a été suivie de guérison en témoignent. En voici un tout récent, présenté à la Société médicale du district de Suffolk, le 7 janvier 1882, par le docteur John Homans, pour montrer que cet accident, produit par ces mêmes complications, n'est pas fatalement mortel.

Une veuve de quarante-cinq ans, nullipare, n'ayant jamais eu de péritonite et dont un énorme kyste paraissait exempt d'adhérences, fut opérée le 5 octobre 1881. L'incision de la ligne blanche de trois pouces de long montra une paroi musculeuse, pâle, épaisse d'un quart de pouce. Sans penser que ce pouvait être la paroi musculeuse de la vessie, et afin de juger seulement de son extension, l'opérateur prolongea l'incision en haut et rencontra le même tissu derrière le muscle droit, en

dehors même du péritoine. Une courte incision transversale étant faite sur cette membrane, elle fut divisée longitudinalement sur une sonde cannelée et mit le kyste à découvert. Mais le fond allongé de la vessie, en glissant entre les feuillets du péritoine dans une étendue de deux pouces environ, avait été lésé dans l'incision. Un fragment, comme l'ongle du pouce, *thumb nail*, avait été réséqué. Le kyste, sans adhérences, fut enlevé aussitôt. Il était dermoïde et pesait 22 livres.

La vessie ouverte ne contenait pas d'urine, et le fragment, enlevé et adhérent au péritoine, laissait une plaie nette de ses parois. Que cette élongation résultât d'un défaut de contraction ou de la persistance de l'ouraque, l'ouverture n'en était pas moins intra et extra-péritonéale. Jugeant de ce qu'il y avait à faire contre cette ouverture du haut de la vessie par ce qui se fait contre celles du bas-fond, les fistules vésico-vaginales, et sans penser à rapporter le lambeau adhérent au péritoine, M. Homans fit une suture continue des parois de la plaie avec la soie phéniquée, en comprenant la membrane musculeuse seule, lia ensemble les deux extrémités du fil, en fixant l'angle du péritoine par une anse, afin que l'urine ne pût entrer dans sa cavité. La plaie abdominale fut réunie et pansée comme d'habitude. Un cathéter de Sims, placé dans la vessie, amena d'abord un peu d'urine sanguinolente et quelques caillots noirs. Des injections d'eau chaude phéniquée à l'intérieur, deux fois par jour, mirent bientôt fin à ces accidents, sans qu'aucun liquide urineux s'écoulât à l'extérieur par le drain. Aucune autre complication ne s'ensuivit et le dixième jour la sonde et le drain, enlevés avec les ligatures, permirent à l'opérée de retourner chez elle, la troisième semaine, parfaitement guérie. (*Boston med. and surg. journal*, février, nº 7.)

Ce succès, réuni aux précédents, montre bien mieux que les expériences sur les chiens combien les plaies de la vessie se réunissent facilement, sans offrir aucune complication redoutable.

Complication de fibromes utérins. On doit toujours s'abstenir de les enlever, suivant le professeur Duplay.

Un volumineux fibrome ayant été rencontré avec des kystes dermoïdes des ovaires par le docteur Queirel, chez une femme de quarante-trois ans, il excisa l'utérus, et l'opérée succomba subitement dans la nuit. Plusieurs fois, M. Duplay a suivi la pratique opposée avec succès. Souvent il a rencontré, en faisant l'ovariotomie, de petits fibromes qu'il n'a pas même songé à enlever. Chez une femme de quarante-sept ans notamment, opérée il y a un an d'un kyste énorme et adhérent, il existait plusieurs fibromes utérins, dont l'un avait le volume des deux poings. Il le respecta, et l'opérée va très bien depuis. Peut-être eût-elle succombé à l'ablation de l'utérus. A moins d'indications spéciales, on doit se borner à enlever les kystes.

Trois ou quatre de ces opérations doubles d'hystérectomie surajoutée à l'ovariotomie se sont toujours terminées par la mort. (*Terrier.*) La pédiculisation de ces fibromes permet seule leur excision; mais il faut respecter les tumeurs englobant le corps de l'utérus, d'autant plus que la suppression des deux ovaires, comme dans l'opération de Battey, peut atténuer et même supprimer les accidents du corps fibreux.

Un volume excessif ou des accidents sérieux et des cysto-sarcomes susceptibles d'infecter l'économie, ajoute M. Trélat, justifient seuls l'extirpation de l'utérus en pareil cas. (*Soc. de chirurg.*, 29 mars.)

On a vu que la même règle, promulguée par M. K. Thornton devant les gynécologistes américains, a été approuvée par eux d'après les résultats déplorables de l'hystérectomie en pareil cas. (Voy. FIBROMES.)

Péritonite consécutive. Un signe propre à la faire redouter, selon M. Després, serait la rougeur de l'intestin à la fin de l'opération, quand il est mis à découvert. Son exposition à l'air avait duré une demi-heure, et l'opérée est en effet morte de péritonite en deux jours.

M. Terrier a vu également les intestins rougir notablement durant l'ovariotomie, et dans un cas récent, l'opérée a succombé; mais il en est d'autres où ce changement de couleur a été suivi de guérison. (*Soc. de chirurg.*, février.)

Iodoforme. Sans avoir une influence spéciale sur la cicatrisation de la plaie cruentée, cette poudre très fine, par ses propriétés antiseptiques persistantes, résultant de son insolubilité dans les liquides des plaies, peut rendre de grands services. Répandue ou soufflée très légèrement sur les surfaces divisées du fond surtout, après une hémostase complète et la toilette du péritoine, elle peut prévenir la décomposition putride des liquides qui s'exhalent consécutivement. Sans cette précaution, ces liquides, en s'accumulant dans les parties déclives du bassin, peuvent s'altérer et provoquer une auto-infection de tout le péritoine, sans que le drainage ni la compression la conjurent toujours efficacement. C'est ainsi que Billroth éponge les surfaces avivées avec une gaze iodoformée et les saupoudre ensuite très légèrement. C'est une précaution à ne pas négliger. (*Revue de chir.*, août, p. 676.)

Ovariotomie sans anesthésie. Sur 8 ovariotomies pratiquées à l'hôpital de Vicence par le docteur Rossi, dont la moitié en 1881, presque toutes ont été exécutées sans anesthésie, dit le docteur Marocco. Il a suffi d'employer le nuage phéniqué avec une solution au 20e d'acide pur cristallisé pour faire supporter la douleur et prévenir la fermentation purulente. On ne dit pas quels ont été les résultats. (*Gazz. med. Venete*, nos 32 et 33, 1881.)

Ce fait est assez rare pour être enregistré. L'auteur a voulu justifier sans doute la pratique des premiers ovariotomistes et montrer que l'anesthésie n'était pas absolument indispensable à cette redoutable mutilation, sans avoir à redouter le *shock* en résultant. Ce n'est pas un exemple à imiter.

Ovariotomie vaginale. Deux cas en ont été relatés par le docteur Braithwaite, chez des femmes de trente à trente-deux ans. L'une était hystérique, avec prolapsus de l'ovaire, qui fut enlevé, sans que les accidents de dyspnée disparussent. La seconde, à peu près dans le même état, fut complètement guérie. Mais ces faits ont attiré une sévère réprimande du docteur R. Barnes pour la chirurgie anglaise, s'opposant par là aux progrès de la chirurgie gynécologique. Tous les grands perfectionne-

ments dans la chirurgie actuelle ne sont dus qu'à l'esprit d'entreprise ou plutôt de recherche expérimentale, a-t-il dit. L'opération de Battey est maintenant sortie de ce domaine douteux de l'expérimentation, et l'on doit arriver à des conclusions précises sur l'étendue de ses applications. (*Obstetrical Soc.*, 5 avril.)

Ovariotomie antiseptique. Ce titre est justifié par l'introduction du pansement de Lister dans la chirurgie abdominale et par tout le bruit fait pour et contre, depuis ces dernières années, dans l'ovariotomie en particulier. Les avis sont encore si divisés, quant à la valeur réelle de l'acide phénique sur les résultats de cette opération, que si la statistique pouvait résoudre ce problème, ce serait un grand service rendu à la science. Un de ses partisans vient de le tenter dans une récente thèse d'agrégation, présentée à la Faculté de médecine de Bruxelles. Mais, au lieu de comparer les faits acquis, avec et sans cet agent, pour en démontrer l'action bienfaisante, l'auteur s'est borné à réunir les principaux documents en faveur de sa thèse, en négligeant le second facteur.

Après un coup d'œil historique sur l'ovariotomie dans les divers pays, la Belgique en particulier, il montre l'usage du pansement phéniqué se développant partout avec succès, notamment en Allemagne. Mais tout en mentionnant les principales objections faites à son emploi, surtout dans son pays d'origine, il n'en fait nullement le procès en règle, à la manière de ses adversaires déclarés, Anglais et Français.

Passant à son application spéciale au traitement du pédicule et de la plaie abdominale, dont le manuel opératoire est décrit minutieusement dans ses différentes modifications, il en montre les avantages sur les principaux accidents : le shock, l'hémorrhagie, la septicémie et la péritonite. Ils sont attribués à l'influence spéciale du système nerveux par l'action du froid sur le plexus solaire et ses annexes, démontrée par diverses expériences personnelles sur des chiens et des lapins. La relation de ces 16 expériences et de 13 ovariotomies termine ce travail, comme pièces justificatives venant à l'appui des conclusions.

Loin d'être un examen impartial des avantages de la méthode antiseptique, cette thèse en est plutôt une affirmation *à priori*. On trouve sous ce titre, rangés avec ordre sous une forme didactique et dans un style clair, une foule d'indications, de chiffres et de données positives et exactes sur les progrès de cette grave opération et ses plus récents perfectionnements. C'est une bonne œuvre classique, sans caractère original.

De l'ovariotomie antiseptique, considérée surtout au point de vue du traitement du pédicule et de la plaie abdominale, ainsi que de l'étude physiologique et pathologique des accidents dus aux lésions nerveuses, par le docteur J. Thiriar, aide de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Jean. Un vol. grand in-8° de 300 pages. Bruxelles, 1882.

P

PANCRÉAS. Hémorrhagie apoplectiforme. Elle est distinguée par le docteur Prince à propos de deux cas récemment recueillis, le premier à l'hôpital de Boston, chez un charretier de vingt-deux ans, pris, dans la nuit du 7 juillet, de violentes douleurs d'estomac, avec vomissements, frissons et sueurs, sans qu'aucun calmant et même l'acide hydrocyanique pût les calmer. Mort le 21. Il présente à l'autopsie un pancréas noir, volumineux, mou, comme une masse gangrénée, surtout au centre; la tête et la queue n'avaient plus aucune apparence de structure glandulaire, et une sorte de capsule centrale contenait les derniers vestiges de cette glande. La portion la plus voisine du duodénum était la mieux conservée. Tous les autres organes étaient sains.

Le second fut observé par le docteur Draper, chez une vieille alcoolique de soixante-cinq ans, qui était tombée dans les escaliers quelques jours auparavant. On la trouva morte un matin, et son autopsie judiciaire montra unc hémorrhagie récente autour du pancréas, avec infiltration de l'organe surtout à la tête. L'artère splénique était dilatéc, tortueusc, et ses parois épaissies.

C'est là la forme apoplectique par rapport à la première, appelée subaiguë. Sur 14 cas collectés dans la littérature, comprenant 12 hommes et 2 femmes seulement, 9 ont ainsi la forme subaiguë et 5 la forme dite apoplectique par la mort foudroyante en résultant; 3 sont rapportés par Zenker et 2 par Draper. Le diagnostic de ces morts subites n'ayant pu être fait pendant la vie, il importe d'en retracer les exemples frappants dans les deux seuls cas qui ont été observés avant la mort.

Un peintre de trente et un ans, très imtempérant, fut pris de douleurs à l'épigastre, sans aucune cause appréciable. Il avait déjeuné comme d'habitude à midi, lorsque, six heures après, la douleur survint, avec nausées, sans vomissement, collapsus et perte de connaissance. Il tomba de sa chaise, et, le médecin lui ayant fait avaler de l'eau-de-vie, il reprit connaissance et fut conduit à l'hôpital. Mais il succomba avant d'y arriver. L'attaque n'avait pas duré plus de trente à quarante-cinq minutes. (*Draper.*)

La mort arriva encore plus soudainement dans le cas de Zenker, chez un homme de quarante-huit ans. Il était en parfaite santé la veille, lorsque, éprouvant l'envie de vomir en se levant le lendemain, il tomba mort. A l'autopsie de ce fait, comme dans les deux autres, Zenker constata une infiltration hémorrhagique, étendue dans tout le pancréas et le tissu cellulaire avoisinant, avec une extrême dégénérescence graisseuse des cellules de la glande. Le sang avait fait irruption dans le duodénum dans deux cas. Le même état hémorrhagique existait dans le cas de Draper, sans dégénérescence graisseuse. Ses malades n'étaient même pas gras, comme les trois autres.

Cette forme se distingue donc par la rapidité de la mort, car elle n'arrive jamais dans les autres cas qu'après des troubles digestifs plus ou moins prolongés. Le signe principal en est toujours une douleur brûlante au creux de l'estomac, avec indigestion, crampes, vomissement, coliques et diarrhée. Trois attaques *bilieuses* s'étaient ainsi montrées avant la mort, dans un cas, et pendant cinq ans chez un autre. La jaunisse a même été observée dans quelques-uns. Ces accidents se

renouvellent par intervalles pendant des semaines, des mois, des années, jusqu'à ce qu'une dernière attaque détermine la mort subitement. Le malade devient anxieux, sans connaissance ni force, avec refroidissement du corps et sueurs froides. Le pouls est rapide, faible et même imperceptible. L'abdomen est sensible, surtout à l'épigastre, avec ou sans tympanite, et la mort arrive ainsi, sans que l'on puisse porter un diagnostic précis. (*Suffolk med. Society*, mai, et *Boston med. and surg. journ.*, nos 2 et 3.)

De ces faits généralement peu connus, et de la discussion qui s'en est suivie, cette hémorrhagie du pancréas paraît une conséquence de l'alcoolisme ; la dégénérescence graisseuse de la glande vient à l'appui, et l'hémorrhagie déterminant la mort n'en est probablement que l'extension. N'est-ce pas la dégénérescence graisseuse et hémorrhagique du pancréas, signalée dans le *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques* de Jaccoud? Elle doit donc se rencontrer plus fréquemment dans les pays où l'alcoolisme fait le plus de ravages. La plupart des cas ci-dessus ont ainsi été recueillis en Allemagne. Mais cette lésion, peu connue, mérite d'être étudiée plus attentivement.

Kyste du pancréas. (Voy. ce mot.)

PANSEMENTS. Ils changent presque comme le temps, en vertu de la variabilité actuelle et suivant la mode du jour. Le pansement phéniqué, qui a détrôné tous les autres par ses propriétés antiseptiques, a été ainsi universellement adopté. Les chirurgiens en ayant préconisé un spécial, avec l'alcool, l'eau salée, l'eucalyptus, la ouate, font seuls exception, et encore se réclament-ils également des propriétés antiseptiques de ces divers agents. M. Després est à peu près seul au monde à conserver les vieux pansements aux cataplasmes, à la charpie, aux pommades et onguents, aux bandelettes, pour montrer qu'en les entretenant avec soin et une grande propreté, on en obtient d'aussi bons résultats qu'avec les nouveaux. Tout le secret de l'antisepticité serait là. C'est le même thème que les anti-listériens anglais. (*Soc. de chirurgie.*)

Ces dissidences et les changements que l'on en fait

d'un jour à l'autre tendent à accréditer cette doctrine et enlever toute valeur spécifique à chacun de ces agents. Le nouveau pansement iodoformé, inauguré en Allemagne, il y a un an à peine, obtient déjà la préférence, au moins dans certains cas déterminés. En adoptant avec tant d'empressement et en abandonnant de même, sous prétexte de progrès, les pansements les plus disparates, on montre au moins peu de conviction dans leur valeur spéciale. En Allemagne même, l'acide phénique n'est plus guère employé que pour le nuage, à défaut d'autre liquide soluble.

Eau oxygénée. Préparée par le docteur Baldy et contenant de 6 à 12 fois son volume d'oxygène, suivant les cas, de manière à être absolument neutre, elle a été expérimentée par M. Péan dans son service de l'hôpital Saint-Louis, de la même manière que l'eau phéniquée ou alcoolisée, avec les résultats suivants :

Dans le pansement des plaies peu étendues, traumatiques ou chirurgicales, comme celles des amputés, elle a paru favoriser la réunion aussi bien que l'alcool et l'eau phéniquée. Les plaies anciennes et même couvertes de parties sphacélées, compliquées de lymphangite ou d'érysipèle, aussi bien que les ulcérations de toute sorte, les abcès profonds, l'ozène, la cystite purulente, sont promptement modifiés sous l'influence des injections, des vaporisations de ce liquide et marchent rapidement vers la cicatrisation.

Sans effet toxique ni mauvaise odeur, son application n'est nullement douloureuse. Son usage interne, chez les malades menacés de septicémie, amène une amélioration notable de l'état général, la fièvre diminue et cesse. Mais M. P. Bert remarque que l'eau oxygénée de fabricants de produits chimiques contient une notable quantité d'acide sulfurique, rendant son emploi dangereux. (*Acad. des sciences*, juillet.)

Un beau succès en a été obtenu par le docteur Fabre, sur un malade de quatre-vingt-quatre ans, atteint de cystite purulente. Les injections d'eau phéniquée, tout en diminuant la décomposition des urines et leur odeur désagréable, semblaient avoir déterminé des accidents

secondaires de prostatite et de néphrite, avec fièvre et anasarque. Une cuillerée d'eau oxygénée à 10 volumes pour cinq cuillerées d'eau ordinaire tiède fut alors injectée dans la vessie. Dès le lendemain, le pus avait diminué et les urines étaient inodores. En continuant les jours suivants, l'amélioration persista, et en vingt jours, ce vieillard, dont l'état avait été désespéré un moment, était complètement rétabli, mangeait et urinait comme à l'état normal; l'infiltration avait disparu. (*Bull. de thérap.*, juillet.)

Gaze au thymol. Substituée à la gaze phéniquée pendant quatre années consécutives dans le pansement de toutes les plaies, même de mauvaise apparence, à la clinique chirurgicale de Groningue, par Ranke, elle a paru aussi antiseptique. La cicatrisation a été également simple et rapide, sans autre accident que deux cas de tétanos. La rareté de ce produit et l'incertitude de sa préparation en sont le seul inconvénient.

Étoupe purifiée et antiseptique. Deux officiers de santé militaires, MM. Weber et Thomas, ont entrepris de former un nouvel objet de pansement économique avec cette substance. Après un lessivage de l'étoupe brute dans une solution de soude caustique bouillante, ils la font blanchir dans l'hypochlorite de soude, et après un traitement par l'acide chlorhydrique étendu, détruisant toutes les parties ligneuses, il s'agit de la faire sécher et la carder. Elle est donc chimiquement pure et d'une blancheur parfaite, douce, soyeuse et très élastique, aussi absorbante que le coton vis-à-vis de l'acide phénique ou l'iode, dont il s'agit de l'imprégner.

Toute préparée et prête à mettre en usage, cette étoupe ne reviendrait qu'à deux francs environ le kilogramme, c'est-à-dire meilleur marché que la charpie, le coton ordinaire et même le coton absorbant. En confiant cette fabrication au service des hôpitaux, on aurait une matière irréprochable pour les pansements extemporanés. (*Revue de chir.*, juillet, et *Gaz. hebdom.*, nº 41.)

Pommade à l'acide borique. En l'appliquant sur un linge, de la ouate salicylée ou dégraissée, on s'en sert

avec grand avantage sur les plaies superficielles, qu'il est important de ne pas irriter, comme l'eczéma et l'intertrigo. Voici la formule qu'en donne M. Lucas-Championnière :

Acide borique finement pulvérisé..........	6 grammes.
Vaseline..................................	30 —

La dissolution préalable de l'acide dans l'alcool ou la glycérine rend la pommade irritante.

Eau salée. Depuis sept à huit ans, le professeur Houzé de l'Aunoit, qui vient de mourir (Voy. NÉCROLOGIE), employait une solution de chlorure de sodium à 9° Baumé pour ses pansements, et il obtenait d'aussi bons résultats qu'avec le lister. Ce fut son testament chirurgical. (*Soc. de méd. de Lille,* novembre.)

Pansement phéniqué. Le *listérisme* semble être en grand discrédit aux États-Unis. Son extinction a été promulguée officiellement au dernier meeting ou congrès de l'Association chirurgicale américaine. « *Listerism is now dead*, s'est écrié le docteur Gouley, de Boston, car, après cinq ans d'expérience sur un personnel de 16 à 1 700 malades chaque année, il ne reste plus qu'à le mettre de côté. De là les tentatives faites ici et là pour en trouver de nouveaux à sa place.

Le *spray* ou nuage phéniqué est aussi spécialement accusé par le professeur Czerny d'être nocif aux chirurgiens qui l'emploient. Après y avoir eu recours, avec une solution à 2 pour 100, dans une opération qui dura deux heures et demie, l'urine du chirurgien rendue pendant les vingt-quatre heures suivantes contenait 2 gr. 065 d'acide phénique, preuve qu'il en absorbe une bien plus grande quantité, car il s'en exhale aussi par la peau. C'est donc là une dose toxique, non seulement pour l'opéré, mais pour le chirurgien, qui, en s'y soumettant souvent, peut en éprouver une intoxication lente, chronique, un marasme carbolique dont voici les symptômes :

De légers maux de tête avec irritation bronchique, langueur, diminution de l'appétit en sont les premiers.

Si l'empoisonnement est intense et de longue durée, la toux est permanente, avec douleurs sourdes dans les reins, démangeaisons cutanées, anémie, etc. Tout cela disparaît en s'absentant du service pendant quelques jours.

Tout en variant suivant l'idiosyncrasie individuelle, ces accidents sont donc redoutables pour le chirurgien, qui se sert constamment de l'acide phénique, surtout d'après la méthode de Lister, en respirant plusieurs heures par jour cette atmosphère phéniquée. L'emploi de l'iodoforme est ainsi préférable à ce point de vue spécial. A bon entendeur, salut! C'est le glas funèbre du *spray*.

Le lister du reste perd de sa vogue même en France. Les chirurgiens de la marine ne l'ont pas adopté et se servent du coaltar de préférence, comme certains chirurgiens allemands, en pansements pulvérulents.

Pansement à l'iodoforme. Un bruit immense s'est élevé soudainement d'Allemagne sur les propriétés merveilleuses de ce pansement soi-disant nouveau. L'acide phénique ayant donné sa mesure réelle, il a paru opportun de l'autre côté du Rhin de saisir ce moment psychologique pour le détrôner et le supplanter, en exagérant les propriétés de l'iodoforme. Employé sans poids ni mesure partout et surtout, il a été proclamé aussitôt et d'enthousiasme « un antiseptique et un antifermentescible de premier ordre ». Une véritable indoformanie, s'empara de tous les esprits teutons, et sans y regarder de près ni rigoureusement, suivant l'habitude, on s'empressa de promulguer cette découverte comme le spécifique par excellence de la suppuration et la cicatrisation des plaies.

Tant de bruit, d'éclat ne pouvait manquer de retentir aussitôt en France, où la jeune école a plus l'oreille à tout ce qui se fait et se dit au delà des Vosges qu'en deçà; mais d'anciennes voix autorisées ne tardèrent pas à remarquer que ce n'était là encore que du vieux neuf. Découvert par Sérullas, l'iodoforme a été aussitôt en France l'objet de nombreuses recherches thérapeutiques, par Bouchardat, Gubler, et c'est ainsi que M. Lallier

constata son efficacité topique remarquable contre certaines plaies à tendance ulcéreuse ou à cicatrisation lente, celles du cancer exceptées, dont Demarquay avait signalé l'inutilité. De nombreuses observations de M. Féréol précisèrent ses bons effets sur les plaies d'aspect blafard, atonique, en réveillant la vitalité des tissus. Après avoir provoqué un suintement sanguin, l'usage de la poudre n'en amène pas moins bien la cicatrisation ensuite avec les moyens ordinaires. De là cette remarque que la poudre est la plus efficace, tandis que les pommades ont une action plus lente et douteuse. Il conseillait de recouvrir la plaie saupoudrée d'iodoforme avec un linge, de la baudruche ou des bandelettes, en laissant ce pansement quatre à cinq jours en place. Les chancres mous et toutes les plaies phagédéniques de rupia, d'ecthyma, les tubercules ulcérés et toutes les plaies syphilitiques suppurantes ont été améliorées avec ce pansement. Une fistule borgne externe avec fissure anale, durant depuis six mois, avait été guérie ainsi en un mois. (*Bull. de thérap.*, 1867 et 1868.)

On rapporte même qu'en 1871, une plaie suppurante du genou durant depuis quatre ans chez un chirurgien américain qui n'avait pu en obtenir la cicatrisation par le fer rouge ni un traitement spécifique, le docteur Lallier, l'ayant trouvée d'un aspect scrofuleux, la pansa avec la poudre d'iodoforme, qui détermina bientôt des bourgeons charnus. Huit jours après, la guérison était complète. (*Petiteau*, thèse de Paris, n° 5.)

L'action cicatrisante de l'iodoforme était donc bien établie en France avant son emploi en Allemagne. Mais l'attention médicale n'était pas alors fixée, comme aujourd'hui, sur les ferments et la putridité, la septicémie des microbes sur les plaies. Ses propriétés spéciales à cet égard passèrent ainsi inaperçues, et c'est en en reprenant habilement l'application à ce moment propice, sans tenir compte de ce qui avait été fait et dit avant eux, que nos voisins en ont tant profité et abusé. Tout le secret de leurs succès et de leurs revers est d'être arrivés à temps pour étendre les applications de cet agent précieux, dont ils ont fait une panacée des plaies, et d'en montrer les avantages et les dangers par l'excès même de son usage

Six formes pharmacologiques différentes ont été données à son emploi : en poudre pure et fine, qui est la meilleure ; en crayons mous avec la gélatine et secs avec le beurre de cacao ; en gaze, en solution dans l'éther pour lotion, et avec la glycérine pour injection parenchymateuse, et enfin en collodion à 10/100. Il est donc possible de satisfaire à toutes les indications. La poudre répandue sur les plaies, ou la gaze qui en est imprégnée, comme le collodion, servent principalement aux pansements. Insoluble dans les liquides provenant de la plaie, l'iodoforme en prévient la putréfaction, la décomposition d'une manière persistante sur toute son étendue et jusque dans ses profondeurs. Son odeur spéciale persiste ainsi avec une désespérante intensité pour ceux qu'elle incommode, tandis que celle de l'acide phénique disparaît du matin au soir dans les lavages et les compresses légères déposées sur les plaies. De là l'avantage du pansement iodoformé qui, renouvelé seulement deux ou trois fois à de longs intervalles, soit une fois par semaine et même plus longtemps, suffit ordinairement à la guérison.

C'est surtout contre les plaies cavitaires, et particulièrement celles qui communiquent avec une muqueuse, que l'iodoforme a une indication précise. L'occlusion exacte ne pouvant en être obtenue avec le lister, l'altération putride des liquides et des solides peut toujours en résulter par le contact de l'air. De là la mortalité considérable des opérations sur la bouche et le pharynx. Des lavages continus avec le permanganate de potasse ont pu seuls l'atténuer. En bourrant ces plaies avec de petits tampons de gaze ou de ouate iodoformée, l'occlusion est complète, et, ce pansement pouvant rester en place sans danger pendant huit à dix jours consécutifs, l'infection est supprimée. Il ne s'agit que de le renouveler dès qu'il s'échappe ou tombe. 18 extirpations de langue, pansées ainsi par Billroth, ont toutes guéri sans complication. C'est donc une grande simplification et une commodité extrême pour les soins consécutifs des plaies de la bouche, sans aucune irritation contiguë ni danger d'hémorrhagie, à cause des propriétés hémostatiques de cette poudre. Les mêmes avantages existent pour les plaies du rectum et de toutes les autres

cavités dont l'odeur infecte et parfois insupportable est masquée par celle du pansement.

La chirurgie plastique en retirerait de grands avantages, d'après Langenbeck. Il a vu les pertes de substance des paupières, des lèvres et des ailes du nez se cicatriser sans rétraction ni ectropion, sous la croûte formée par l'iodoforme. Après la rhinoplastie avec lambeau frontal, cette croûte permet de suturer même fortement la plaie du front sans danger. Les greffes cutanées, en voie de mortification, reprennent de la vitalité sous cette croûte. Un cas d'ectropion de la lèvre inférieure, suite de brûlure, a pu être corrigé ainsi.

Pour les plaies récentes, une règle absolue doit être observée : c'est de ne jamais y déposer l'iodoforme avant que l'hémostase soit complète, que l'écoulement du sang ait entièrement cessé, car, le sérum du sang le dissolvant, il peut être absorbé rapidement et déterminer des accidents d'intoxication s'il l'est à haute dose. C'est en en employant de 50 à 300 grammes sur les plaies consécutives aux résections, dans la clinique de Thiersch, que des empoisonnements en sont résultés.

Dans les blessures par armes à feu, Podrazky, après le nettoyage de la plaie et des parties avoisinantes avec l'eau phéniquée, introduit un crayon iodoformique dans toute l'étendue des ouvertures et répand de la poudre à la surface, en recouvrant le tout d'un bandage occlusif à la gutta-percha qui peut rester en place six à huit jours.

C'est en employant cette poudre à profusion, sans poids ni mesure, et laissée à demeure dans ces plaies sans fond, que des accidents graves et même la mort sont résultés de son absorption. Elle s'annonce par la céphalalgie, l'affaiblissement de la mémoire, l'insomnie avec accélération du pouls. Il y a excitation, délire furieux parfois, dans l'absorption aiguë, avec hallucination, urines rares, température élevée. Le coma est toujours l'avant-coureur de la mort. Sur 32 exemples d'intoxication, 10 ont été mortels. De là le danger d'employer cet agent à trop forte dose, surtout chez des malades ou des blessés très affaiblis. A l'enthousiasme du début a bientôt succédé une réaction aussi aveugle par l'abus même qui en a été fait. Sa stabilité et son action sédative, en le rendant facile à

manier et peu coûteux, l'élèvent bien au-dessus de l'acide phénique, et c'est en précisant ses bienfaits à faible dose qu'il rendra des services contre les plaies de mauvaise nature, comme les ulcérations chroniques fongueuses, virulentes, scrofuleuses et tuberculeuses locales. (*Revue de chirurg.*, n°s 7, 8 et 9, et *Gaz. hebd.*, n°s 30 et 32.)

C'est principalement contre les maladies chroniques des os, ostéite, carie et les tumeurs blanches, que le docteur E. Bœckel l'a employé avec succès dans son service de l'hôpital civil de Strasbourg, dont 16 observations, rapportées par son interne, forment un témoignage concluant. Il ne provoque pas plus souvent l'érysipèle, dont Schede l'avait accusé, que celui de Lister et n'est pas non plus d'une intoxication plus facile. (*Bull. de thérap.*, 1er et 15 octobre.) Voy. ARTHRITES FONGUEUSES, IODOFORME, TUBERCULOSE ARTICULAIRE.

Du pansement à l'iodoforme et de ses dangers, par Le Dentu; brochure in-8° Paris. Leçon faite à l'hôpital Saint Louis, contre l'enthousiasme exagéré des Allemands pour ce nouvel antiseptique, qui aurait déjà détrôné le lister, à les en croire. Mais, avec les exagérations de son emploi à dose massive, les accidents n'ont pas tardé à se manifester. C'est là le côté que l'auteur a voulu signaler à l'attention, comme on l'a déjà vu.

Mais ces tristes résultats ont été le plus souvent la conséquence d'un usage immodéré, sans mesure ni précaution, et, après les avoir enregistrés, le docteur Reclus y met aussitôt le correctif, en montrant par des faits qu'en l'employant sagement de grands avantages en sont obtenus pour certains cas et dans certaines régions où l'acide phénique et ses succédanés ne sont pas applicables. Telles sont les hématocèles vaginales, les évidements osseux, les plaies anfractueuses à pansements rares, comme les fistules largement décollées, les altérations du col utérin et les hémorrhagies en résultant. Dans tous ces cas, la ouate légèrement saupoudrée d'iodoforme cristallisé suffit à obtenir l'antiseptie ou bien une petite éponge fine saupoudrée de même et enrobée de tarlatane. L'absorption est ainsi à peu près nulle, et les effets antiseptiques n'en sont pas moins excellents.

Sous son influence, la granulation s'active, la suppuration se tarit, et des cicatrisations, impossibles autrement, s'achèvent bientôt. La guérison d'une résection du tiers supérieur de l'humérus fut ainsi obtenue en trois semaines, sans fièvre ni complication.

C'est donc contre l'abus et non contre l'usage de ce précieux antiseptique qu'il faut s'élever. Si, au lieu des grammes employés *larga manu*, on n'a recours qu'à quelques centigrammes et à des pansements rares, en mettant même l'iodoforme dans l'intérieur du tampon, les effets en seront aussi favorables qu'ils ont été décevants. Tout est dans la mesure, avec un médicament aussi actif.

Pansements pulvérulents. Le succès de l'idoforme en Allemagne paraît les avoir mis à la mode, par réaction, sans doute, des pansements humides avec de simples compresses mouillées ou phéniquées. En voici les principales applications :

Poussière de tourbe. Les pansements secs et absorbants, avec la sciure, le tan, la cendre, successivement essayés en sachets à la clinique de Kiel, par Neuber, ont été trouvés inférieurs, quant aux propriétés antiputrides, à la poudre de tourbe. En vertu de son pouvoir absorbant, elle peut rester en place jusqu'à la guérison. Suivant la nature et l'étendue de la plaie, elle y a séjourné depuis dix jours jusqu'à six semaines, sans altération.

Sur 212 grandes plaies ainsi traitées, après des opérations ou des blessures, il n'y eut que 3 décès indépendants du traitement. Un seul pansement suffit 198 fois, et la guérison était parfaite en l'enlevant.

Ces résultats sont attribués à l'absorption énergique des sécrétions des plaies par cette poudre. La porosité de la tourbe en favoriserait l'évaporation rapide, et la plaie resterait ainsi à sec. Sa réaction acide et l'occlusion absolue résultant de ces sachets de tourbe, maintenus par une bande, en empêchant le contact de l'air, feraient le reste.

Les cadavres trouvés conservés dans les tourbières, et l'innocuité de l'eau de ces tourbières en injections

sous-cutanées chez les animaux, sont invoqués pour montrer les propriétés antiputrides de la tourbe. Il y a longtemps que Demeaux, en France, l'a démontré cliniquement par son emploi en pommade sur les plaies.

A Hambourg, Kummell a remplacé l'iodoforme par le sublimé, non seulement en en imprégnant de la ouate et de la gaze, mais du sable quartzeux au millième. On l'emploie en poudre ou en sachets, qu'on laisse en place, comme la tourbe, jusqu'à cicatrisation. La technique en est trouvée plus simple que le *listérisme*, et le prix de revient à meilleur marché. Tels sont les principaux motifs du changement. (*Congrès des chir. allemands*, juin.)

Pansement à la naphtaline. Appliquée immédiatement sur les plaies et ulcères, comme l'iodoforme, la naphtaline agit de même, comme antiseptique, selon le professeur Fischer, de Strasbourg. De grandes plaies cavitaires après des extirpations du rectum, des carcinomes du vagin et du col, en ont été remplis avec succès. L'érysipèle traumatique, succédant aux résections articulaires, a été immédiatement arrêté en bourrant les plaies de naphtaline. Son bas prix permet donc de l'employer en remplacement d'autres produits plus coûteux ou dont l'odeur, comme l'acide phénique et l'iodoforme, est insupportable. (11e *Congrès des chirurg. allemands,* juin.)

PARALYSIES. Chaque jour reconstitue partiellement le cadre des nombreuses paralysies *incertæ sedis*, admises autrefois. A la découverte des lésions cérébro-spinales, suite de l'apoplexie ou du ramollissement, on crut avoir trouvé tout le secret du mystère, et, pendant quelque temps, la science en resta là. Toutes les paralysies étaient rapportées directement à une altération des centres nerveux ou au traumatisme. Les paralysies locales des membres surtout, en appelant l'attention sur les altérations des filets nerveux dans leur continuité, ne tardèrent pas à en montrer de nouvelles causes. La théorie de l'action réflexe suspendit un moment le progrès des localisations, en troublant ou embarrassant ce

mouvement; mais il reprit bientôt sa marche ascendante, dès que l'on eut constaté l'action paralysante des lésions périphériques des nerfs à la surface du corps par le froid, le traumatisme ou les affections cutanées. Et puisque des altérations nerveuses, profondes, se manifestaient ainsi extérieurement par des trophonévroses, un effet inverse, opposé, pouvait bien s'opérer de même de la périphérie au centre. La même loi fut dès lors appliquée logiquement aux surfaces muqueuses des organes internes, les viscères creux en particulier, et c'est de la sorte qu'une nouvelle classe de paralysies des membres, par lésions nerveuses de l'intestin, vient d'être créée.

De là ces quelques réflexions pour montrer eomment tant de paralysies, qui semblaient inexplieables il y a peu d'années, sont aujourd'hui parfaitement élucidées, en vertu de la même loi qui en a fixé primitivement le siège. Il ne restera plus incertain pour aucune, ees nerfs existant partout.

Contraction faradique des muscles. Ce caractère, donné comme signe des paralysies *à frigore*, par M. Vulpian, s'observe également dans la paralysie par eompression des nerfs. Il l'a constaté chez une femme qui avait les avant-bras et les mains paralysés par l'usage prolongé de béquilles dégarnies. La sensibilité était intacte; les muscles de l'avant-bras et de la main avaient conservé leur contractilité. On ne peut done distinguer ces deux espèces de paralysie par ce signe. Beaucoup de paralysies par compression directe ont pu être ainsi induement attribuées au froid. (*Acad. de méd.*, 7 mars.)

Paralysie générale curable de l'adulte. D'origine spinale et paraissant déterminée par une lésion eneore inconnue des cellules des cornes antérieures de la moelle, comme la paralysie infantile en est la destruction, cette forme est très rare. Elle se distingue de la paralysie spinale aiguë et subaiguë de l'adulte, par l'absenee de fièvre, malgré son évolution rapide en quelques mois, avec paralysie et atrophie de tous les muscles du corps, ceux de la face exceptés. Ces caraetères cliniques suffi-

sent à la distinguer pour en annoncer la guérison prochaine. C'est à ce résultat heureux qu'elle mérite d'être séparée des autres formes spinales, comme MM. Landouzy et Déjérine viennent de le faire, d'après deux observations originales et corroborées par quatre faits analogues collectés dans la presse médicale de ces dernières années. Il n'y a pas d'autre description de cette forme nouvelle, dont voici les traits relatés par le professeur Charcot :

« J'ai vu en consultation au Havre, le 10 décembre 1877, avec mes confrères Gibert et Lafaurie, une dame de trente ans, prise, sans cause déterminante bien appréciable, de paralysie des quatre membres, sans troubles de la sensibilité. La paralysie des membres inférieurs allait jusqu'à l'impuissance motrice presque absolue, paralysie flasque sans trace de contracture. Les sphincters fonctionnaient d'une façon normale; abolition des réflexes tendineux, du patellaire en particulier. Atrophie musculaire *diffuse* disproportionnée avec l'impuissance des membres, la paralysie des membres inférieurs surtout étant beaucoup plus marquée que l'atrophie. Réaction à peine sensible des courants faradiques. Le diagnostic des médecins traitants était fort hésitant; le mien fut paralysie générale spinale, et j'annonçai une guérison prochaine avec l'hydrothérapie, des pointes de feu le long du rachis et des courants faradiques tous les deux jours sur les muscles. »

En effet, après une aggravation croissante des symptômes en janvier, au point que la malade n'avait pas conscience de la position de ses pieds, malgré la sensibilité intacte de la peau, l'état resta stationnaire jusqu'en mars, sans fièvre; facies excellent, bon appétit, fonctions digestives régulières, menstruation normale.

C'est alors que, avec l'amélioration de l'état général, le mouvement revint lentement, en pliant d'abord les genoux, puis en se retournant et en remuant les jambes. A la fin d'avril, cette dame se tenait debout et réapprit à marcher comme un enfant, dit-elle; au mois de juin, elle marchait seule dans la rue, et reprenait ensuite ses occupations habituelles. Un quatrième enfant est venu au mois de septembre 1880.

Il serait superflu d'insister longuement, comme les auteurs, sur les distinctions et les explications subtiles auxquelles ils se livrent pour expliquer la nature et le siège de cette paralysie temporaire. Le mieux est de la diagnostiquer d'après cette description topique et de la traiter en conséquence. (*Rev. de méd.*, août et décembre.)

Paralysies d'origine intestinale. Partant de ce fait, bien observé, que des excitations nerveuses, périphériques, coïncident parfois avec certains troubles moteurs, sensitifs et trophiques, ressortissant de l'axe spinal, le docteur Barié regarde comme établi qu'une irritation, même légère, portant sur les extrémités nerveuses, peut retentir sur la moelle épinière et y développer des lésions organiques ou des perturbations fonctionnelles entraînant consécutivement des phénomènes paralytiques. Transmise aux nerfs centripètes, l'excitation gagne la moelle par l'intermédiaire des faisceaux postérieurs et va se fixer sur la substance grise. Accepté par les physiologistes, ce mécanisme n'a été positivement démontré que dans quelques cas rares, en Allemagne surtout, où l'on voit souvent avec les yeux de l'esprit; mais cela suffit à l'auteur pour le généraliser, d'après la clinique, aux filets nerveux des viscères splanchniques, quoique les résultats nécroscopiques et expérimentaux ne le prouvent encore. Se prévalant des paralysies consécutives à des perturbations graves ou à des altérations matérielles des organes génitaux, des voies urinaires, et des observations plus récentes de paralysies d'origine pleurétique, il admet également que les troubles divers des voies digestives peuvent aussi entraîner des paralysies dont le traitement devrait se borner à rétablir le fonctionnement régulier.

Deux observations personnelles, recueillies à la clinique de l'hôpital Necker et suivies de guérison, sont les bases principales du nouveau siège, attribué à certaines paralysies. En coïncidant avec l'embarras gastro-intestinal, le catarrhe intestinal, et surtout la présence d'helminthes, dont plusieurs observations sont relatées à l'appui, cette étiologie acquiert une certaine probabilité, soit qu'elle ait été contrôlée par l'autopsie, ou dé-

montrée par la guérison subite. Ce ne sont pas là des démonstrations positives, anatomiques, car la plupart de ces faits cliniques sont incomplets, laconiques et peu concluants, comme ceux de Trousseau en particulier. Néanmoins, leur ensemble donne une certaine vraisemblance à cette opinion, par l'impossibilité même de rattacher ces paralysies à aucune autre cause, excepté celles qui succèdent à une intoxication générale, comme après la fièvre typhoïde et le choléra.

Quoi qu'il en soit, les caractères de ces paralysies sont essentiellement variables, bien que la paraplégie soit la plus fréquente. Elle s'est montrée unilatérale et croisée, envahissant parfois les réservoirs et s'étendant au tronc, la paroi abdominale, la face, la nuque, la langue et jusqu'aux muscles de l'œil. Rarement la motilité est entièrement abolie; mais il s'y joint des perturbations de la sensibilité générale ou des sens spéciaux, de la contracture des extrémités, des douleurs contusives dans les masses musculaires, refroidissement et divers autres troubles généraux, sans que le sexe ni l'âge aient aucune influence directe à cet égard.

Le début en est toujours lent, progressif et précédé de symptômes nerveux vagues. Il y a de la lourdeur de tête avec étourdissement, pesanteur abdominale, sentiment d'oppression marquée, douleurs contusives dans le dos ou les épaules, réveillées par la pression digitale sur les apophyses épineuses. Il y a des crampes fort pénibles dans les membres en cas de diarrhée.

L'engourdissement, la paresse musculaire des membres, ne survient qu'ensuite; la marche est incertaine et défaillante, et la paralysie motrice s'établit. L'apyrexie est ordinaire; il y a plutôt refroidissement, cyanose dans les cas graves, avec l'aspect cholériforme selon l'intensité.

Ces cas sont rares; une prédisposition morbide semble nécessaire à leur développement. Le pronostic est peu grave, et la paralysie n'est que temporaire, comme l'état qui la détermine, à moins que la mort survienne accidentellement dans quelques cas. C'est à modifier l'état du tube intestinal que doit consister le traitement. *Arch. de méd.*, novembre et décembre 1881.)

PHTHISIE. *Signes prémonitoires.* Une nouvelle méthode est préeonisée par le doeteur Graneher pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire à son début. L'aete respiratoire se eomposant, au point de vue clinique, de trois phénomènes physiques, eorrespondants ou associés, il en fait un ensemble qui constitue l'état physiologique normal. Ce sont : la respiration dans ses deux temps, appréciable par l'auscultation ; la sonorité perceptible à la percussion, et les vibrations thoraciques que la palpation révèle. Dès que l'un ou l'autre de ees trois signes physiques est altéré ou modifié, il y a dissoeiations pathologiques, et c'est en connaissant le siège et le mécanisme du phénomène absent que, remontant à la cause qui l'empêehe, le médecin peut en prévoir et annoncer les conséquenees. La gravité du tympanisme claviculaire est ainsi aequise dans les épanchements. Voy. EPANCHEMENTS.

Le développement latent de la tubereulose s'accompagnant toujours de quelques phénomènes généraux, il suffit de l'altération coïneidente de l'un de ces signes physiques pour en affirmer le diagnostie. Les modifications de la respiration et de l'inspiration en partieulier, alors que la sonorité et les vibrations thoraciques sont normales, sont surtout à eonsidérer. Le *timbre* dans la respiration rude, granuleuse, rauque ou râpeuse des auteurs, qui s'observe sous la clavieule, est surtout abaissé de ton dans l'inspiration, toujours plus grave. Il y a l'écart d'un ton entre l'inspiration et l'expiration. Ce phénomène, non eneore signalé, quand il est est permanent et persistant, malgré le traitement, est un signe des plus importants du début de la tuberculose.

La *respiration disproportionnée* par une inspiration plus eourte que l'expiration, malgré l'amplitude des mouvements thoraeiques, surtout quand elle est rude, augmente la valeur du premier signe. La faiblesse de de l'inspiration, si elle n'est pas due à des adhérenees pleuro-pulmonaires, marque souvent une période avancée du mal.

La *respiration saccadée*, par altération du rythme, n'a pas autant de valeur en se manifestant dans les deux temps. Mais, lorsque le bruit est doux, rude et alterna-

tivement dans l'inspiration seule, ce signe peut être caractéristique, s'il n'est pas d'origine cardiaque ou nerveuse.

Pour apprécier ces nuances délicates, l'auteur conseille de séparer par la pensée les deux temps de la respiration et de n'écouter d'abord que l'inspiration dans les divers points à étudier, timbre ou rythme, et l'expiration ensuite. Celle-ci n'est presque jamais altérée sans que l'inspiration le soit d'une manière plus appréciable et sensible. Invariable dans sa durée, sa tonalité et son timbre, dans toutes les régions, elle ne varie que dans sa force et peut servir ainsi beaucoup mieux que l'expiration à saisir les plus légères variations.

L'auscultation ainsi précisée peut donc aider à mieux saisir des phénomènes bien connus sans doute, mais qui, en se confondant dans les deux temps de l'acte respiratoire, passaient souvent inaperçus, à moins d'être très marqués. C'est l'avantage spécial de cette caractéristique, à la condition expresse que cette rudesse de l'inspiration, qui est le signe principal, s'observe à un seul sommet, d'une manière permanente, avec un ensemble de signes rationnels suspects, comme dans l'observation suivante.

Une fille de dix-neuf ans, n'ayant jamais toussé, mais mal réglée et anémique, se présente à l'hôpital, parce qu'elle est fatiguée, avec un peu d'essoufflement. L'auscultation constate une respiration faible et brève à droite, rude et basse sous la clavicule gauche et plus rude encore en arrière. La respiration du sommet paraît ainsi forte qu'à la partie moyenne, ce qui est anormal. L'habitus tuberculeux et l'hérédité s'y joignant permettent ainsi de diagnostiquer la tuberculose au début, malgré la légèreté des signes physiques et l'absence de souffrances locales.

La percussion, à ce premier degré, ne fournit guère d'indications précises qu'en comparant le son ou le bruit, rendu au sommet suspect avec le côté sain ou les autres parties inférieures du poumon à l'état normal, en tenant compte de ce que le son du sommet est toujours plus aigu que celui du milieu à l'état physiologique. Ce n'est donc qu'un signe confirmatif et de seconde valeur.

Quant aux vibrations thoraciques, appréciables par la palpation, elles peuvent être modifiées sans doute au début ; mais leur différenee d'intensité dans les diverses régions de la poitrine et la foree de la voix, chez l'homme eomme ehez la femme, ne permettent d'en tirer parti que par la comparaison des parties saines avec les parties malades.

Une remarque très importante à cet égard, c'est que la base ehez la plupart des tubereuleux, au début, offre les mêmes lésions et les mêmes modifieations que le sommet. La respiration est également amoindrie surtout dans l'inspiration, qui est rude, basse et un peu ronflante. Les différences entre les deux bases sont parfois même plus tranchées qu'entre les deux sommets. Il faut donc interroger l'une et l'autre comparativement. De là le peu de valeur des vibrations thoraciques perceptibles, surtout à la base ou au milieu du thorax.

Quant à fixer par quel sommet commenee la tuberculose de préférenee, les observations cliniques tendent à montrer que ce siège diffère selon les professions des malades et l'origine même du mal. Ce serait le sommet droit ehez les individus exerçant des professions manuelles, surmenés ou alcooliques, et dans tous les cas de tuberculose aequise. Le sommet gauche se prendrait au contraire ehez les sujets exerçant des professions sédentaires ou peu actives, eomme on l'observe chez les femmes. Elle tend d'ailleurs à se loealiser également d'un eôté ou de l'autre dans les formes brusques, rapides, tandis qu'elle devient bientôt bilatérale, dans les formes lentes, chroniques. Un véritable parallélisme s'établit entre les deux sommets comme entre les deux bases, avee cette différence qu'à la fin, les lésions s'arrêtent iei, à eause de la respiration supplémentaire dont elles sont le siège. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, février.)

Respirations anormales. Devant l'utilité de faire un diagnostic précoce de la phthisie, il y a urgence à attacher plus de valeur à ees signes qu'on le fait généralement, selon M. Grancher, surtout lorsqu'elles sont localisées à un sommet et permanentes au sommet gauehe en particulier. Elles imposent à elles seules le diagnostic

dans ce cas et sans aucune modification du son ni des vibrations vocales, ni aucun signe adventif, comme le craquement et autres.

Par ordre d'importance, l'inspiration rude et basse a la plus grande valeur par sa précocité et sa fréquence ; la respiration saccadée vient ensuite et la respiration affaiblie en dernier lieu. Ces signes ont leur maximum de valeur chez les jeunes gens des deux sexes suspects d'un processus tuberculeux. Ils ne sont pas applicables aux malades ayant éprouvé des inflammations aiguës des poumons et de la plèvre. (*Gaz. hebdomad.*, nº 24.)

Température locale. Il résulte, des recherches faites par M. Redard avec des plaques thermo-électriques sur la température comparée des aisselles dans la tuberculose pulmonaire, que son élévation n'est pas constante ni proportionnelle à l'étendue du foyer tuberculeux. Elle peut varier beaucoup du matin au soir : de là la nécessité de suivre la marche de la température périphérique du thorax pendant plusieurs jours et de prendre des moyennes.

De même que les tuberculeux, les chlorotiques et surtout les hystériques présentent des différences de température très grandes aux deux côtés du thorax.

Dans la phthisie aiguë, au premier degré, et principalement dans les formes congestives, avec accès fébriles et hémoptysies, on note très souvent une élévation thermique de cinq à huit dixièmes de degré du côté où siègent les lésions. Cette hyperthermie existe dans toute l'étendue du thorax, souvent aussi marquée dans les points correspondant aux parties saines que dans ceux qui recouvrent les parties infiltrées. L'élévation de la température locale peut exister à la base du cou, au niveau des dernières côtes, à la limite du thorax et de l'abdomen.

Dans les cas de phthisie à la période de ramollissement, dans les formes chroniques et sans fièvre intense, la thermométrie locale est absolument incertaine : l'élévation de température existe aussi souvent du côté le moins malade que du côté le plus atteint.

Dans la phthisie à la troisième période, les résultats

sont peu précis. Souvent l'élévation de la température se montre du côté le moins malade. Dans quelques cas, elle existe au niveau des cavernes.

Dans aucun cas, la température de la peau du thorax n'a été trouvée supérieure à la température générale ou axillaire. (*Soc. de biologie*, avril.)

Influence de l'albuminurie sur la température. Chez 16 phthisiques au troisième degré, 12 hommes et 4 femmes âgés de seize à quarante-six ans, avec diverses complications comme ulcérations, diarrhée, sueurs, et se distinguant par une albuminurie abondante, avec anasarque ou ascite, le docteur Théodore Williams a constaté que la température de la bouche, prise cinq fois par jour pendant une durée variable de cinq jours à six semaines, était très notablement abaissée avec celle des phthisiques à la même période et sans albuminurie. Chez 12 de ces phthisico-brightiques, l'autopsie montra des reins gras, gros et blancs chez les uns, granuleux chez d'autres. Cette dégénérescence graisseuse est si fréquente qu'elle se rencontre chez plus de la moitié des phthisiques de Brompton, contrairement aux résultats de Bamberger, Lecorché et Southey. Cet abaissement de température serait donc un signe d'albuminurie, toujours d'un fâcheux pronostic. (*Roy. med. and chir. Society*, 14 mars.)

Diagnostic et pronostic microscopiques. La nouvelle étiologie parasitaire, assignée à la phthisie par la récente découverte de la bactérie tuberculeuse (Voy. TUBERCULOSE), se confirmera-t-elle au moins en coïncidant avec les signes cliniques? Ce sera le critérium de son utilité et de sa réalité, car quelle que soit la source de ce nouveau microbe, qu'il provienne de l'extérieur ou de l'intérieur, il doit se retrouver dans les crachats ou le sang expectorés par les malades. Les Allemands ont aussitôt compris la nécessité de cette sanction pratique pour leur découverte, et, avec leur facilité du parti pris, qui les distingue, de trouver tout ce qu'ils prétendent dans ces détails histologico-microscopiques, ils n'ont pas manqué d'en faire bientôt la preuve.

De l'examen des crachats de 120 cas de phthisie. Bal-

mer et Fraentzel ont, en effet, trouvé constamment la bactérie tuberculeuse, tandis qu'ils l'ont toujours cherchée en vain dans l'expectoration de la bronchite simple. Bien plus, ils se sont assuré que l'abondance et le développement de ces organismes étaient un signe de pronostic grave, car ils se rencontrent ainsi dans la phthisie aiguë, granuleuse, avec fièvre et sueurs nocturnes. Plus le processus tuberculeux est rapide et étendu, plus leur nombre est grand, surtout avec des spores en quantité vers la fin, tandis qu'ils sont toujours rares, petits et sans spores quand le processus est lent, localisé ou arrêté. Une différence a pourtant été trouvée à l'autopsie : ces organismes sont toujours rares dans les parois des bronches, alors qu'ils abondent dans les sécrétions qui s'y rencontrent. C'est là leur domaine de prédilection, comme s'ils venaient de l'extérieur, tandis que leur abondance dans le pus d'une arthrite tuberculeuse montre bien qu'ils viennent de l'intérieur. Telle est l'affirmation catégorique des Allemands. (*Berlin. klin. Woch.*, nº 45.)

Des investigations analogues, faites sur 20 tuberculeux, par le professeur d'Espine, de Genève, n'ont confirmé qu'en partie ces affirmations. Les crachats de ceux-ci ont tous présenté l'organisme cherché, et il était absent dans 5 cas de bronchite avec emphysème, quoiqu'une induration chronique existât au sommet dans plusieurs, avec dilatation des bronches. L'un de ces malades en particulier était resté couché pendant un an dans un lit, à côté de l'un des tuberculeux présentant la bactérie; il l'eût donc offerte également si elle fût venue de l'atmosphère ambiante.

Des 20 cas positifs, 7 seulement présentaient ces organismes en très grande quantité, quoique 5 fussent des exemples de tuberculose très chronique, sans fièvre, l'un de ces malades notamment jouissant d'une bonne santé par un temps d'arrêt du mal. Les deux autres avaient la fièvre hectique, avec de grandes cavernes. Une ulcération laryngée existait chez cinq à six autres, et les bactéries pouvaient en provenir. Elles étaient rares dans 13 cas et en groupes parfois. Deux ou trois furent seulement rencontrées par des préparations réitérées chez

des tuberculeux, avec fièvre intense et des cavernes étendues ayant amené la mort peu de jours après.

Le pronostic basé sur le nombre et le développement de ces organismes est donc sans valeur. Ils se présentent indistinctement avec ou sans spores, aussi bien dans la tuberculose miliaire aiguë que dans les cas très chroniques. C'est une pure illusion de compter sur ce développement pour asseoir le pronostic. (*Revue méd. de la Suisse romande*, décembre).

Arrêt ou suspension. Il n'est pas de praticien qui n'ait observé des cas avérés de phthisie torpide dont la durée se soit prolongée indéfiniment avec un état de santé plus ou moins satisfaisant. Sans être communs, ces faits sont moins rares qu'ils le paraissent isolément. Ces malades toussent, crachent, avec des signes locaux de tuberculisation évidente, et, bien que leur existence soit toujours très compromise pour le médecin, elle se prolonge dans un état de santé relatif, qui leur permet de remplir tous les devoirs de leur position ou de leur profession. Ils peuvent même supporter des rhumes, des bronchites, des pleurésies et en guérir, sans retentissement notable sur d'anciens foyers tuberculeux ou des sommets suspects, jusqu'à une récidive mortelle. Une phthisie aiguë, fébrile, diagnostiquée par Louis en 1845 et jugée rapidement mortelle chez une jeune chlorotique de dix-huit ans, se prolongea ainsi jusqu'à trente-cinq. Mariée deux ans après, cette femme eut deux enfants et ne succomba, après avoir mené la vie de tout le monde, qu'en 1862. Une autre en fut atteinte à dix-neuf ans, après une première couche, et, grâce à trois hivers passés dans le Midi, et l'été au bord de la mer, elle vit encore, et la venue d'un second enfant depuis n'a fait que fortifier sa santé.

Ces exemples se rencontrent partout. Le docteur Flint donne l'histoire de 44 guérisons semblables, dans son travail sur la phthisie, outre 31 cas d'arrêt ou de suspension, sans que l'âge, ni le sexe, ni l'hérédité, ni l'hémoptysie offrent des éléments défavorables de pronostic. La fièvre même n'est pas toujours un signe absolument fatal. Les cas suivants, relatés par le docteur

Minot, médecin de l'hôpital du Massachusetts, en sont la preuve, d'après l'énoncé seul du titre de ces observations.

I. Cocher de trente ans, atteint de symptômes pulmonaires aigus pendant plusieurs mois; signes physiques au sommet droit. Bonne santé deux ans après, avec disparition de ces signes.

II. Hémoptysies, avec symptômes généraux, chez une fille de trente-cinq ans ; signes locaux du sommet gauche. Amélioration rapide et rétablissement complet. Récidive dix ans après, et mort en six mois.

III. Hérédité, toux, hémoptysies et symptômes généraux et locaux au sommet droit, avec destruction, chez un célibataire de vingt-huit ans. Mort subite sept ans après.

IV. Hémoptysies depuis cinq ans, chez une fille de dix-huit ans, avec des signes locaux du poumon droit. Bonne santé après deux ans de voyages et de traitement.

V. Signes rationnels et physiques sous la clavicule gauche, chez une fille de quinze ans et demi. Pouls à 120, sueurs nocturnes. Santé excellente après deux années de voyages au bord de la mer et de traitement.

VI. Hérédité, toux, expectoration, signes locaux du côté gauche, chez une femme mariée, de trente-huit ans, mère de quatre enfants. Développement rapide des symptômes généraux, grande amélioration au bord de la mer. Guérison après deux années de traitement, avec persistance des signes physiques.

VII. Hémoptysie en pleine santé, chez une femme de trente ans, soignant son mari phthisique depuis trois ans. Signes et symptômes de phthisie, amélioration graduelle, augmentation de poids et santé relative, avec persistance des signes, dix ans après.

Le traitement de ces cas n'a pas différé essentiellement de celui qui est généralement employé. Passer tout le temps possible au grand air pendant la saison chaude, séjour dans une chambre chauffée à un feu clair dans la cheminée, avec une fenêtre toujours entr'ouverte pendant la nuit. Lotions journalières d'eau froide à l'éponge, suivies de frictions, sans s'exposer aux refroidissements. Vêtements légers de laine hiver et été. Une

grande importance est particulièrement attachée à l'habitude de remplir ses poumons d'air à des intervalles réguliers, pendant le jour et notamment avant de se mettre à table, afin de stimuler la circulation pulmonaire surtout aux sommets : précepte rarement observé fidèlement par les malades. Dérivation externe, avec régime analeptique, fortifiant et tonique. (*Soc. de perfectionn. de Boston*, avril, et *Med. and surg. journal*, nº 18.)

C'est en suivant ces règles avec persistance, dans l'état chronique, quand le mal en laisse le temps, que l'on obtient les plus étonnants résultats, avec cette affection, ordinairement mortelle à l'état aigu. Le changement de lieu, dans un site et un climat favorables, est le plus sûr moyen de maintenir l'amélioration.

Il est peu de praticiens qui n'aient d'ailleurs observé, à la suite d'une poussée aiguë de tubercules et après leur fonte, des périodes de ralentissement qui, dans des conditions favorables de traitement, d'hygiène, de température, de climat, comme de diététique, simulent en apparence de véritables guérisons. Les signes physiques même disparaissent en partie, sauf une matité persistante. C'est de cette manière que se produisent la plupart de ces prétendues guérisons par les soi-disant spécifiques, comme les eaux minérales sulfureuses, celles des Pyrénées en particulier. Le docteur Candelé en relate ainsi de nombreux exemples obtenus à Cauterets. La preuve qu'elles n'ont rien de spécifique résulte de ces exceptions rarissimes. Si ces eaux avaient une propriété spécifique contre la tuberculose, les bienfaits s'en étendraient à la généralité des phthisiques, tandis qu'une infime minorité en éprouve des bienfaits passagers, soit en vertu d'une étiologie secrète et spéciale de la maladie, la constitution ou l'âge des malades.

Exemple ce phthisique de soixante ans, atteint de *phthisie sénile*. (*Bull. de thérap.*, octobre.) C'est à distinguer ces causes et l'action spéciale des agents que doit s'exercer la sagacité du médecin, plutôt qu'à voir une action spécifique dans tel ou tel agent hygiénique, diététique ou médicinal.

Inhalations antiseptiques. Elles rendent des services

si marqués que l'usage s'en étend en Angleterre. Mais, dit le docteur Snow, qui les emploie depuis plusieurs années, il ne faut pas leur attribuer tous les changements favorables qui surviennent. Les cas les plus heureusement modifiés sont ceux où il y a expectoration profuse, avec commencement de ramollissement et de caverne.

L'effet est sédatif dans la plupart des cas, l'expectoration diminue, la toux devient moins rude, et le sommeil arrive facilement, ce qui empêche le malade de recourir aux potions. Jamais il n'a vu l'hémoptysie revenir.

Une boîte en fer-blanc, perforée et approchée de la bouche, sert à ces inhalations. Le malade met quelques gouttes d'acide phénique dans le fond de la boîte et en respire les émanations. L'inhalation se fait le matin, dix minutes après la quinte de toux matinale, et plusieurs fois par jour. Quelques malades respirent ces vapeurs pendant des heures, en lisant.

Si l'acide carbolique irrite et dessèche la bouche et la gorge, on peut lui substituer l'huile d'eucalyptus ou la térébenthine. On a conseillé d'entretenir une atmosphère continue d'acide phénique dans la chambre du malade, mais il en est peu qui se soumettent à cette médication. (*British med. journal*, février.)

Cautérisations ponctuées avec le thermo-cautère. Au lieu du caustique potentiel et des pointes de feu employées autrefois sur la peau correspondant aux parties malades, c'est avec le thermo-cautère Paquelin que le docteur Vidal, d'Hyères, remplit cette indication très rationnelle. L'instrument, très pointu, est tenu comme une plume à écrire et maintenu au rouge blanc, sans l'appareil effrayant qu'il avait autrefois pour les malades. Par un mouvement du poignet imprimant un léger tremblement à la main, des piqûres sont faites très rapidement, en les espaçant de 15 à 20 millimètres. L'efficacité de cette rubéfaction de la peau est plutôt dans le nombre des piqûres que dans leur largeur et leur profondeur. Il faut donc les multiplier, en touchant à peine l'épiderme sur des lignes transversales; un bruit semblable au pé-

tillement d'une étincelle électrique en résulte, sans autre douleur qu'une impression désagréable pendant cinq minutes. Saupoudrées aussitôt d'amidon, ces piqûres déterminent une vive rubéfaction pendant plusieurs heures. On peut les répéter tous les deux ou trois jours, sans que les malades s'y refusent.

C'est surtout contre les poussées congestives de la première période que ces pointes de feu sont efficaces. Sur 44 phthisiques, plus de la moitié ayant des cavernes, traités ainsi l'hiver dernier, 37 en ont éprouvé une amélioration souvent très notable. (*Journ. de thérap.*)

Alimentation artificielle et forcée. Après le succès des lavages de l'estomac avec le tube mou de Faucher, contre la dilatation et le cancer de cet organe, même pour combattre la simple anorexie (Voy. ESTOMAC, 1880), il était tout simple d'essayer l'introduction directe des aliments par ce procédé chez les phthisiques, qui maigrissent à vue d'œil par l'impossibilité de s'alimenter, pour réparer les pertes qu'ils font sans cesse par l'expectoration, les hémoptysies, la diarrhée, la sueur et souvent les vomissements. C'est en présence d'un de ces malades, réduit au dernier degré de dépérissement, dans son service à l'hôpital, obligé de garder le lit par faiblesse, ne pouvant manger sans dégoût, toux et vomissements, ni même avaler un quart de verre de lait, que le docteur Debove essaya le premier de lui introduire ce liquide avec la sonde. Un litre fut d'abord parfaitement toléré, sans envies de vomir ni diarrhée consécutive et, c'est en doublant ensuite la ration, puis en y ajoutant jusqu'à dix œufs battus dedans et 200 grammes de poudre de viande desséchée, qu'après un mois de ce régime le malade, qui augmentait de 92 grammes en poids chaque jour, pouvait monter sans anhélation les deux étages de l'infirmerie et se promener une grande partie de la journée. Deux indigestions légères s'étaient seulement produites durant ce mois, par du tapioca ajouté au lait. Il en résulte une bouillie épaisse d'une digestion difficile. La farine de lentilles cuites, comme la douce Revalescière, est préférable, en l'additionnant, au besoin, de bismuth, contre la diarrhée.

Deux autres observations analogues sont relatées, montrant que cette suralimentation ne détermine aucun accident. On voit au contraire la diarrhée et les sueurs cesser sous son influence et le sommeil revenir avec les forces et l'embonpoint. Les urines diminuent en s'acidifiant, et la quantité d'urée double et triple parfois, comme ces trois faits en témoignent par des chiffres authentiques. (*Bull. gén. de thérap.*, mai.)

Ces résultats ont été vérifiés et confirmés depuis par M. Dujardin-Beaumetz, à l'hôpital Saint-Antoine, sur neuf phthisiques arrivés du premier au troisième degré, dont M. Pennel, son interne, rapporte les observations. La facilité d'administration de cette suralimentation artificielle, en engageant les malades à s'y soumettre, a permis de constater que tous la supportaient parfaitement et augmentaient de poids et de force en prolongeant leurs jours. Quatre phthisiques, ayant conservé un appétit relatif, et observés comparativement sans cette méthode, ont perdu au contraire bien plus rapidement leur poids et leurs forces, et la maladie a marché plus rapidement. L'épreuve est donc sans danger et ne donne que de bons résultats, avec une survie presque certaine. La gravité du mal s'oppose seule à la guérison. (*Idem*, septembre.)

Plusieurs médecins des hôpitaux ont tenu à constater eux-mêmes ces résultats, en visitant les phthisiques ainsi traités. Tous ont été trouvés avec une amélioration notable, engraissés, quelques-uns ayant augmenté de 12 kilogrammes en deux mois, sans sueur ni diarrhée, une expectoration amoindrie et paraissant en voie de guérison. Mais ce résultat n'est obtenu qu'en soumettant les malades à une sorte d'entraînement nutritif par des doses énormes. Ils absorbent ainsi artificiellement 3 litres de lait, 600 grammes de viande crue, douze œufs et de la poudre de lentilles. Tout le secret est dans la digestibilité parfaite de ces aliments, offrant la plus grande surface possible avec les sucs gastriques, comme le lait et particulièrement l'œuf cru. Un malade a pu en absorber jusqu'à 24 et 5 litres de lait pendant seize jours consécutifs. Plusieurs ont supporté jusqu'à 600 grammes de poudre de viande, représentant une quantité considérable de bœuf. Tout le suc en étant extrait par la

pression, elle est séchée dans une étuve au-dessous de 100°, puis concassée, broyée et tamisée. C'est alors une poudre très fine, montrant de très petits fragments musculaires au miscroscope.

Ces améliorations sont pourtant si instables que, deux de ces malades ayant obtenu la permission de sortir, avec défense de boire, il suffit à l'un d'eux d'enfreindre cet ordre en buvant du rhum et à l'autre de se livrer avec excès au coït, pour être tous deux très malades, le lendemain. Ce dernier succomba bientôt, et son autopsie montra une énorme caverne au sommet du poumon gauche, dont les parois détergées étaient revêtues de bourgeons charnus, analogues à ceux des plaies. (*Soc. méd. des hôp.*, avril.)

Loin d'être un traitement curatif, ce n'est donc là qu'un moyen diététique de mettre les phthisiques en état de mieux résister aux ravages de la tuberculose et de vaincre la diathèse si elle n'est que légère. C'est pourquoi cette suralimentation ou gavage doit être employé avec discernement, suivant la constitution et l'assimilation possibles des malades. Plus d'un charlatan a obtenu ainsi des succès apparents et momentanés en les gorgeant d'aliments. Nous avons été personnellement supplanté, il y a vingt ans, près d'une jeune phthisique, par un guérisseur qui prétendit la sauver en la faisant manger en abondance des aliments gras. Il la gorgeait de sardines à l'huile avec côtelettes et vin, et du sous-nitrate de bismuth pour prévenir la diarrhée. Il réussit en effet à la remettre sur pied, à table, pendant un mois ou deux, et il en profita pour exiger le payement de ses promesses. La malade ne tarda pas à succomber ensuite.

Picrotoxine contre les sueurs nocturnes. Employée avec succès dans les hôpitaux de Philadelphie. Le docteur Henry, notamment, dit s'en être servi dans plus de 100 cas, chez les phthisiques surtout. La dose est d'une pilule avec 7 dixièmes de milligramme, au moment du coucher, en la répétant deux ou trois fois par jour dans les cas rebelles. Elle est préférable aux acides minéraux, à l'ergot et à l'atropine. Le docteur Bartholow a porté

la dose jusqu'à 1 milligramme. A la dose progressive d'un tiers de milligramme à 1 milligramme, deux à trois fois par jour, le docteur W. Marrell en a obtenu de bons résultats. (*Practitionner.*)

Iodoforme. L'action spéciale de ce médicament sur la suppuration des plaies et ulcères en indiquait l'usage contre l'expectoration purulente des cavernes tuberculeuses pour en tarir le foyer. C'est sous la forme suivante qu'il a surtout été employé en Italie :

♃ Iodoforme.	10 centigrammes.
Poudre de lycopode..............	50 —
Thridace	Q. S.

F. S. A. 10 pilules, dont on prend 3 à 5 par jour.

Administrées dans la bronchite chronique, avec bronchorrée et emphysème, ces pilules ont modifié l'expectoration, en la diminuant et en faisant disparaître la mauvaise odeur. On peut y ajouter spécialement les extraits de gentiane ou de semence de phellandrie, sinon employer l'iodoforme avec un sel de quinine ou de fer.

De nombreuses observations sont relatées par le professeur Chiaramelli, témoignant des bons effets de l'iodoforme, mais il résulte de ses expérimentations et celles du professeur Semmola que la dose formulée plus haut est suffisante et ne doit pas être dépassée, à moins de faire naître des phénomènes d'intolérance, se manifestant par des troubles gastriques. Il est préférable de se borner à la dose indiquée avec persistance pour en obtenir les avantages signalés. (*Ann. cliniche e Giorn. di clinica e terapia.*)

PILOCARPINE. L'expérimentation empirique, sans indication physiologique ni raisonnement et comme à lurlure, de ce puissant alcaloïde du jaborandi, l'a quelque peu discrédité par ses insuccès, notamment dans la diphthérite, dont l'outrecuidance allemande avait osé faire le spécifique. Son emploi contre la rage a été aussi préjudiciable à son crédit, et c'est en en faisant ainsi des panacées sans examen que l'on discrédite les meilleurs médicaments.

Ses propriétés sudorifiques et sialalogues, bien constatées, ont permis au professeur Wannebroucq, de Lille, en l'employant dans sa clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur, d'en démontrer l'indication très précise contre les néphrites (Voy. *ce mot*) et notamment contre la sécheresse et les fuliginosités de la bouche, dans les affections fébriles graves, comme Gubler l'avait conseillé dès le début de ses études à ce sujet. 1 centigramme de nitrate de pilocarpine en potion, à prendre dans la journée, a suffi à combattre efficacement ce phénomène si pénible dans la fièvre typhoïde, la tuberculose aiguë ou granulie, le rhumatisme articulaire aigu, la pleurésie et la pneumonie, en ramenant l'humidité de la bouche en vingt-quatre ou quarante-huit heures, comme son externe Druelle en rapporte sept exemples très concluants. Il devient ainsi facile de combattre cette complication pénible, sans interrompre le traitement général.

La polyurie azoturique a été aussi combattue efficacement par ce moyen, non pas en injections hypodermiques, à l'exemple de M. Huchard (Voy. DIABÈTE, 1881), mais en potion. La diaphorèse en résultant, ainsi que la salivation, diminue d'autant la soif, l'appétit et l'urination, réduite de moitié en quelques jours, sans que la quantité d'urée diminue proportionnellement. C'est donc là une arme sûre et puissante pour remédier à ces phénomènes morbides qui entravent souvent la guérison de la maladie principale. (*Bull. méd. du Nord*, septembre.) Voy. PLEURÉSIE.

PLAIES. Plaies par éclatement. Des six cas observés sur les doigts et les orteils, à la gare de Lille, par le docteur Guermonprez, il résulte qu'elles sont produites par l'action absolument subite d'un corps contondant, de consistance assez dure et de surface lisse et large, comme les machines, outils, sur un doigt, dont la peau est dure et sans souplesse. La forme en est ordinairement linéaire, jamais ecchymotique, toujours exsangue. Les deux lèvres sont séparées par des pelotons graisseux, qui font hernie ; elles sont unies par des tractus celluleux. Elles sont également nettes, insensibles, sans tuméfaction, ni rougeur, ni chaleur. Les deux faces qui

ont supporté directement l'effort du traumatisme sont très sensibles, alors même qu'elles ne portent pas d'ecchymose.

La marche de la cicatrisation est très simple, mais lente, toujours sans notable réaction inflammatoire. L'angioleucite et l'adénite peuvent la compliquer. La cicatrice récente est aisément réouverte.

Tous les pansements ordinaires des plaies paraissent convenir également bien pour le traitement de celles-ci. (*Bull. de thérap.*, mai.)

Plaies ulcéreuses. *Sous-carbonate de fer.* Voy. ULCÈRES.

Pansement à l'iodoforme. Voy. ce mot.

PLEURÉSIE. *Injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine.* Pratiquées dans trois cas de pleurésie aiguë avec épanchement, dont une double chez une femme enceinte de trois mois, sans aucun autre traitement, elles ont amené la guérison dans un délai de huit à quinze jours seulement. Sans être nouveau, ce résultat, obtenu par le docteur Coriveaud (de Blaye), se distingue de l'emploi du jaborandi par la rapidité de la guérison. La facilité de ces petites piqûres est aussi préférable à l'infusion de cette plante. Elles constituent donc un mode de traitement beaucoup plus commode.

Le nombre de ces injections ne peut être déterminé, elles se font tous les jours jusqu'à la disparition de l'épanchement. La dose est de 15 à 20 milligrammes à la fois. La sialorrhée en résultant immédiatement soulage vite les malades, sans qu'il en résulte aucun accident. L'inflammation locale en est modifiée profondément, au point d'enrayer la formation de l'épanchement et de prévenir celle des fausses membranes.

Pour être analogue à l'action des purgatifs et des diurétiques, celle de la pilocarpine est bien plus directe, en s'exerçant sur les glandes salivaires. On peut l'employer chez les enfants, comme chez les grandes personnes, même les femmes enceintes, sans avoir à redouter aucun effet sur la grossesse. Si des observations

ultérieures confirment celles-ci, ce sera un traitement très facile de la pleurésie. (*Gaz. hebd.*, nº 9.)

Tout en s'accordant avec les résultats précédents, ceux du professeur Farge diffèrent sur quelques points dans l'emploi qu'il a fait de ce moyen à la clinique de l'École d'Angers. Ainsi l'effet de la pilocarpine s'est montré d'autant plus marqué que la diaphorèse était plus abondante, plus exclusive et prédominante sur la salivation. Dès qu'elle a manqué, l'épanchement a persisté.

La nature et l'abondance de l'épanchement, nécessitant la thoracentèse immédiate, la température et la faiblesse du malade seraient aussi des contre-indications à ces injections. Aussi bien M. Coriveaud les emploie-t-il au début de la pleurésie. L'hyperthermie d'emblée s'y opposerait seule, en les remplaçant par des lavements phéniqués pour la faire tomber. La dépression, l'accablement, la faiblesse, consécutifs à la période d'excitation, exigent aussi des boissons toniques, vin chaud, punch; pendant la sueur, elles sont ainsi contre-indiquées chez les cardiopathes. (*Idem*, nº 11.)

Un malade, en traitement depuis une quinzaine de jours avant son entrée à l'hôpital, dans le service du professeur Peter, offrait un épanchement qui remplissait toute la plèvre droite. Une ponction fut pratiquée le lendemain, qui donna issue à 1 200 grammes de liquide séro-fibrineux. On ne vida pas complètement la plèvre; le liquide restant pouvait être évalué à un litre et ne varia pas en quantité, malgré l'application successive de trois vésicatoires; la percussion et l'auscultation indiquaient toujours le même niveau. On administra alors en injection hypodermique une solution de 2 centigrammes de nitrate de pilocarpine. Quelques instants après commencèrent une sueur très abondante, profuse, qui se prolongea une heure un quart, et une salivation telle que deux crachoirs furent complètement remplis dans ce même espace de temps, pendant lequel on ne donna pas à boire au malade. A la visite du soir, on constata la disparition de l'épanchement pleurétique; il n'y avait plus de matité, et la respiration s'entendait, avec son timbre tout à fait normal, depuis le sommet jusqu'à la base du poumon.

Pleurésie suppurée. *Indications de l'empyème.* Deux formes en sont distinguées par le docteur Moutard-Martin : la pleurésie suraiguë, devenant purulente d'emblée, et celle qui est consécutive à l'épanchement séreux avant ou après la thoracentèse. La première peut être diagnostiquée par l'extrême acuité du point de côté, de l'anxiété surtout et la fièvre, comme il en a cité un exemple : c'est l'abcès pleural. Il faut alors pratiquer la thoracenthèse dès l'apparition de l'épanchement. La guérison s'en est suivie dans 4 cas, bien que le pus ne fût que de 220 à 370 grammes. En cas de reproduction avec fièvre, l'empyème est indispensable. 9 guérisons radicales en vingt-trois à vingt-sept jours, sans un seul insuccès, en témoignent.

Les ponctions successives sont au contraire indiquées dans la forme consécutive. Les contre-indications sont l'arrêt du liquide par des fausses membranes, sa reproduction très rapide, la persistance de la fièvre. Autrement, le malade peut guérir après deux à quatre ponctions et même davantage. Sur 37 malades ainsi traités, 28 ont guéri après deux ponctions, et, sur 5 en ayant subi trois, 3 sont morts.

Sur 19 opérations d'empyème dans le cas de pleurésie purulente ouverte dans les bronches, dont 8 *in extremis*, il y a eu 12 guérisons, dont 4 des opérés *in extremis*. Des 11 autres, 7 ont guéri lentement à cause de la fistule broncho-pulmonaire et 4 ont succombé à ses suites.

7 empyèmes pratiqués contre la pleurésie purulente résultant de kystes hépatiques ouverts dans la plèvre, avec ou sans fistule bronchique, ont donné 6 guérisons.

Les 4 opérés d'un pyo-pneumo-thorax tuberculeux ont tous succombé après un soulagement marqué de un à quatre mois. De même des 3 opérés de pleurésie tuberculeuse. La fièvre hectique, avec gros râles humides ou craquements secs au sommet du côté malade, pâleur, amaigrissement, sueurs nocturnes, crachats muco-purulents, ne sont pas toujours absolument concluants pour s'abstenir, l'autopsie, dans plusieurs cas semblables, n'ayant pas montré de tubercules.

Ce total de 84 opérations a donné ainsi 57 guérisons et 27 décès, soit, en retranchant les 7 tuberculeux, une pro-

portion de 20 morts sur 77 opérés. C'est donc trois guérisons sur quatre opérés. (*Bull. de thérap.*, août.)

Résection des côtes. Le pyo-pneumo-thorax exige absolument une large ouverture, selon le professeur Marshall, de *University college*, et une ponction exploratrice est une sage précaution pour déterminer le point précis où l'on doit la faire, le cinquième espace intercostal ne méritant par toujours la préférence.

Sous l'influence d'un ratatinement du poumon ou d'une affection générale, comme la scrofule et la tuberculose, la cavité purulente reste béante, l'ascension du diaphragme n'a plus lieu, la cloison médiastine ne cède plus à l'effort expansif du poumon sain, les parois costales ne s'affaissent plus et le poumon reste imperméable. Les parois de la poche purulente ne peuvent ainsi se rapprocher, et la réparation reste impossible. De là la résection costale, tendant à affaisser la paroi, pour se mettre en contact avec l'intérieur.

La résection d'une seule côte suffit à cet effet chez l'enfant, mais plusieurs sont nécessaires chez l'adulte, et c'est en en réséquant jusqu'à trois, sur un pouce et demi de long environ, que l'auteur a pu obtenir des succès dans les trois observations relatées. (*Lancet*, 11 mars.)

PNEUMONIE. *Complication de la méningite suppurée.* Un charretier de cinquante-trois ans se présente, le 3 mars 1881, à l'hôpital de la Pitié avec tous les caractères d'une pneumonie à droite, dans la moitié supérieure. Six jours auparavant, il s'était éveillé avec lassitude, céphalalgie, frissons. C'était donc une pneumonie au septième jour, avec dyspnée extrême, point de côté, toux quinteuse et expectoration franchement pneumonique. Pouls inégal, à 120 ; température 38°, 4.

Sous l'influence du traitement, l'amélioration est rapide dès le surlendemain ; mais bientôt les accidents reparaissent, et, le 10 mars au soir, on trouve une nouvelle et sérieuse aggravation de tous les symptômes. Mort dans la nuit du 12.

Outre les lésions d'une pneumonie double, le docteur Barth découvre une suffusion d'un jaune verdâtre, opa-

que et uniforme, à la surface des hémisphères; une infiltration purulente occupe la trame de la pie-mère et les espaces sous-arachnoïdiens. Très concret et de consistance gélatineuse, cet exsudat inflammatoire est le plus abondant à la convexité du cerveau. Un peu moins épaisse à la base, l'infiltration est nulle au niveau du bulbe, sans aucune trace au-dessous. La pie-mère se détache sans résistance, entraînant la totalité de l'exsudat purulent, d'une épaisseur considérable, sans que la substance cérébrale sous-jacente paraisse altérée. Elle a sa consistance et sa coloration normales; sa surface est lisse et sans excoriation. Les autres parties du cerveau sont intactes.

Ce cas n'est pas unique. L'auteur en a déjà signalé quatre en 1879, et depuis lors plusieurs complications méningées dans la pneumonie l'ont convaincu de la relation fréquente qui existe entre ces deux maladies. L'exemple précédent offre un type de cette complication, surtout accompagnée d'une endocardite végétante. Le caractère infectieux de la pneumonie est donc probable dans ces cas. (*Revue de méd.*, août.)

Ces faits se rattachent évidemment aux divers accidents cérébraux déjà signalés par plusieurs auteurs, durant le pneumonie. Steiner de Prague attribuait ces congestions ou hypérémies des méninges et du cerveau à une extrême élévation de la température et aux troubles circulatoires provoqués par la phlegmasie pulmonaire. (Voy. *année* 1869.) Dans l'hémiplégie pneumonique, le docteur Lépine n'ayant rencontré à l'autopsie aucune lésion organique dans les centres nerveux, il l'a attribuée à une action reflexe. (Voy. HÉMIPLÉGIE, 1870-71.) Ces contradictions choquantes, dans l'interprétation d'un phénomène analogue, viennent évidemment de ce que chacun a prétendu l'expliquer exclusivement selon les idées ou les doctrines régnantes du moment, alors qu'il fallait n'en voir la cause réelle que dans l'état particulier de chaque malade.

Forme épidémique. Un exemple remarquable en a été observé à La Neuville, par le professeur Ed. Bernard, en affectant particulièrement le sommet des poumons.

Elle débuta en mai, sur un enfant de cinq ans, et se transmit ensuite à cinq autres de trois à cinq ans, ainsi qu'à une femme de trente-huit, habitant trois maisons contiguës, dans le haut de la ville, près de l'église de Saint-Acheul. Puis elle apparut également dans le bas du village, sur deux autres enfants, le frère et la sœur, sous la même forme; ces 9 à 10 victimes ont été frappées dans l'espace de trois semaines, d'où le nom d'infecto-contagieuse que lui donne l'auteur. Mais il est possible que l'influence de certains vents froids suffise à produire cette manifestation morbide, sans que la contagion s'en mêle. Elle est d'autant moins probable ici qu'il s'agit d'un pays essentiellement marécageux, où règnent les fièvres palustres, tellement que Padieu y avait cru observer autrefois une *pneumonie paludéenne*. D'ailleurs, chez quelques malades, la pleuro-pneumonie a évolué régulièrement, et, chez les deux derniers enfants, le délire fébrile fut si violent au début que « l'on crut à une méningite pendant les trois premiers jours ». La contagion ne produit pas des types si dissemblables, alors que des conditions météorologiques particulières déterminent parfois une infection qui la simule.

Exemple ce ménage parisien, venant louer et habiter une agréable maison dans le haut de la ville. Le mari succombe à une pneumonie en six jours, et sa robuste femme est atteinte aussitôt et succombe en huit jours, alors que le docteur Bernard, médecin traitant, prit ensuite une *légère* pneumonie du sommet. Au lieu de supposer dans ce fait un cas de contagion évidente, d'une maladie qui ne se transmet pas d'ordinaire, n'est-il pas plus rationnel et clinique de prévoir une infection spéciale de l'habitation pour ces nouveaux venus? (*Soc. de méd. d'Amiens.*)

Iodure de potassium. A l'exemple de Schwartz, qui, en donnant une solution de ce sel à 28 malades au début de la pneumonie, en avait enrayé la marche dès le second jour, le docteur Riebe, voulant contrôler ces résultats, a soumis ses malades à cette médication, en leur administrant dès le premier jour une cuillerée à bouche, toutes les deux heures, de la solution suivante :

℞ Iodure de potassium	5	grammes.
Eau distillée........................	200	—

Une vessie de glace étant appliquée sur le siège du mal, il n'y a eu qu'un seul décès, sur 37 malades traités, bien que la pneumonie fût double chez 12 et compliquée de pleurésie. Tous les autres ont guéri.

Pneumonie disséquante. Une seule observation type de cette grave variété anatomique, recueillie à l'hôpital de la Pitié sur une domestique de trente-cinq ans, a été l'occasion, pour le docteur Hutinel et son interne Proust, d'une excellente revue sur ce sujet. En résumant les faits antérieurement publiés et en limitant exactement l'interprétation à la pneumonie gangréneuse et purulente, disséquant bronches et vaisseaux, comme certaines fontes tuberculeuses, ils montrent la confusion faite à cet égard et les caractères cliniques distinctifs de cette forme, fatalement mortelle.

Tel est un début brusque, subit, avec un appareil effrayant, une douleur vive et profonde, comme dans la pleurésie gangréneuse, que n'expliquent pas ordinairement les signes locaux, chez un organisme affaibli, débilité, appauvri. Néanmoins la maladie se prolonge au delà du terme ordinaire, en revêtant des caractères infectieux avec des alternatives d'amélioration apparente et recrudescences successives. La vomique en est le caractère essentiel et les malades succombent ainsi plus ou moins tardivement épuisés, dans le marasme et le coma.

Cette forme disséquante ne se reconnaissant souvent qu'à l'autopsie, l'étude en est surtout complète au point de vue anatomique. Deux variétés distinctes, l'une profonde, l'autre superficielle, en sont décrites. C'est la péri-bronchite disséquante, se limitant ordinairement à un seul poumon, parfois même à un lobe; mais la dissection des lobules et des vésicules est si complète que le poumon est converti en un faisceau de petites grappes formées par les lobules et suspendues par leur pédicule bronchique dans la matière purulente. Dénudés par la suppuration, bronches et vaisseaux flottaient

ainsi au milieu d'une boue purulente, mélangée de détritus grisâtres dans plusieurs des faits rapportés. Il s'agit donc ici d'une inflammation interstitielle aiguë et péri-bronchique.

Elle est au contraire superficielle et périphérique dans la seconde. C'est un phlegmon diffus sous-pleural, qui, envahissant de dehors en dedans les cloisons conjonctives des principales divisions des lobules, les sépare, les divise : d'où le nom de disséquante. C'est la forme la plus fréquente et la mieux connue, par la participation de la plèvre et le point de côté violent qui la distingue de l'autre au début. Un choc, une contusion, une piqûre, une plaie du poumon peuvent la déterminer. Des abcès, la gangrène même y succèdent dans quelques cas.

Ces deux formes de la pneumonie disséquante ont donc également pour origine une inflammation interstitielle aiguë phlegmoneuse du poumon, comme elle se rencontre dans la plupart des autres organes. (*Archiv. de méd.*, novembre.)

POLYDIPSIE. *Siège de la soif.* Cette question s'est récemment élevée dans l'esprit des rêveurs allemands, à l'occasion d'un fait rare et curieux, observé par le professeur Nothnagel. Un homme reçoit un coup de pied de cheval dans l'abdomen, qui le renverse, son occiput frappant sur la pierre dure. Sans être étourdi, il ne put se relever, par les douleurs qu'il éprouve, et, immédiatement après, une soif vive se manifeste tellement qu'il but environ cinq pintes ou litres de liquide durant les trois heures qui suivirent l'accident. La première miction n'eut lieu que deux heures et demie après. La polyurie n'était donc pas la cause de cette soif exagérée. Aucune lésion apparente du crâne n'en rendait compte; température normale, pupilles étroites. Les douleurs de l'abdomen et de l'occiput se dissipèrent rapidement, une soif intense seule persista, sans sécheresse de la bouche ni de la gorge, ni transpiration anormale. La soif resta telle pendant les trois semaines que cet homme fut en observation, en augmentant chaque jour dans l'après-midi, sans que le traitement l'ait en rien modifiée. Rien que de l'eau en grande quantité pouvait l'étancher,

et la quantité journalière variait de deux à huit litres. L'urine rendue était des trois quarts, avec une gravité spécifique de 1002 à 1010. C'était donc bien de la polydipsie pure, sans aucune complication, résultant de cet accident.

Une lésion cérébrale pouvait seule en rendre compte. En l'absence d'aucun signe en indiquant la nature ni le siège, on imagina la présence d'un centre de la soif, rendu probable par l'intensité même de cette sensation. L'analogie du besoin d'air ou centre respiratoire l'a fait aussitôt localiser dans son voisinage et, de théorie en hypothèse, on regardera désormais comme établies positivement sur ce cas, l'existence et la localisation de ce nouveau centre. Ainsi se produit la science... en Allemagne. (*Virchow Archiv*, janvier.)

PRIX. Ils se sont personnifiés cette année en M. Pasteur, qui en a reçu de toutes parts. L'*Albert medal* en est le principal. Il a reçu la grande médaille d'or de la Société des agriculteurs de France, pour ses recherches sur les fermentations et les vaccinations applicables aux animaux. Le gouvernement l'a élevé à la dignité de grand'croix de la Légion d'honneur dont aucun savant n'avait été honoré jusqu'ici. Une médaille commémorative lui a été aussi offerte par ses admirateurs, sous la haute initiative de son illustre maitre, M. Dumas. Il devient ainsi le grand lauréat, non de la France ni de l'Europe, mais du monde entier, en raison de l'universalité de l'application de ses découvertes. C'est la glorification de la microbiotique.

Prix Volta. Institué par décret du 11 juin 1882, ce prix, de 50 000 francs, sera décerné en 1887, par le gouvernement français, à l'auteur de la découverte qui rendra l'électricité propre à intervenir avec économie dans l'une des applications suivantes : comme source de chaleur, de lumière, de puissance mécanique, de moyen de transmission pour les dépêches ou de traitement pour les malades.

Les savants de toutes les nations sont admis au concours jusqu'au 30 juin 1887, en adressant leurs travaux au jury d'examen nommé à cet effet.

Académie de médecine de Paris.

Prix de l'Académie, 1883. Déterminer la valeur clinique des procédés antiseptiques dans la pratique chirurgicale. 1 000 francs.

Prix Portal. Le tubercule est-il de nature parasitaire? 1 000 francs.

Prix Civrieux. Paralysies et contractures hystériques. 2 000 francs.

Prix Capuron. De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants. 2 000 francs.

Prix Barbier. 2 000 francs. (Voy. *année* 1878.)

Prix Godard. Au meilleur travail de pathologie interne. 2 000 francs.

Prix Desportes. 1 500 francs. (Voy. *année* 1881.)

Prix Buignet. Au meilleur travail, manuscrit ou imprimé, original et français, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. 1 500 francs.

Prix Daudet. Du lymphadénome. 1 500 francs.

Prix Amussat. Recherches basées sur l'anatomie et l'expérimentation réalisant ou préparant le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. 2 000 francs.

Prix Stanski. Existence ou non-existence de la contagion miasmatique par infection ou par contagion à distance. 1 000 francs.

Prix Huguier. Au meilleur travail, manuscrit ou imprimé, original et français, sur les maladies des femmes et spécialement le traitement chirurgical de ces affections, non compris les accouchements. 3 000 francs.

Prix Saint-Lager. 1 500 francs, pour l'expérimentateur qui aura réussi à produire la tumeur thyroïdienne.

Prix Saint-Paul. 25 000 francs. (Voy. *année* 1880.)

Prix A. Monbinne. Subvention annuelle de 1 500 francs,

ou biennale de préférence, à des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

Prix de l'hygiène de l'enfance. Observations précises sur le rôle que peut jouer, dans la pathologie infantile, le travail de la première dentition. 2 000 francs.

Prix Vernois. Au meilleur travail sur l'hygiène. 800 fr.

Les mémoires et ouvrages destinés à ces prix doivent être envoyés à l'Académie avant le 1er juillet 1883. Ecrits en français ou en latin, ils seront accompagnés d'un pli cacheté, avec devise indiquant les noms et adresses des auteurs des travaux manuscrits. Les concurrents aux prix Godard, Barbier, Huguier, Desportes, Buignet, Amussat, Vernois, Saint-Paul et Stanski sont exceptés de cette disposition.

Mme Renard, au nom de son premier mari, M. le docteur Perron, fait don à l'Académie d'une somme de 20 000 francs, destinée à fonder un prix quinquennal de 5 000 francs. Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura réalisé le progrès le plus important en médecine.

Académie des sciences.

Prix Chaussier, 1883. Travaux importants de médecine légale ou de médecine pratique.

Prix Serres, 1884. Embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine.

Prix Dugaste, 1885. Signes diagnostiques de la mort et moyens de prévenir les inhumations précipitées. 2,500 francs.

Société de chirurgie.

1883. **Prix Gerdy.** Des tubercules localisés au point de vue chirurgical.

Prix Demarquay. De l'étiologie de l'érysipèle.

Les mémoires doivent être parvenus avant le 15 novembre de chaque année.

Société de médecine de Paris.

Prix Duparcque. Etude des troubles de la miction se rattachant aux divers états, physiologiques ou pathologiques de l'utérus. 600 francs de récompense, avec médaille d'or de 100 francs, qui seront décernés en séance publique, rue de l'Abbaye, 3, le dernier samedi d'octobre 1883.

Adresser les travaux manuscrits ou imprimés en français depuis un an, avant le 1er avril 1883, au secrétaire général de Beauvais, rue de Trévise, 39, à Paris.

Société de médecine pratique de Paris.

Prix biennal de 300 francs, à l'auteur du meilleur travail qui lui est communiqué.

Le manuscrit doit être envoyé au siège de la Société, dans les formes académiques, avant le 5 octobre 1884, le premier prix devant être décerné en janvier 1885.

Congrès d'hygiène.

Etude sur les moyens pratiques de prévenir la cécité. Ce prix, de 2 500 francs, sera décerné en 1884, à la séance du prochain Congrès qui se tiendra à La Haye.

Société de la Croix-Rouge.

I. Moyens d'improviser le traitement des blessés et des malades.

II. Moyens d'improviser le transport.

III. Ambulance improvisée ou hôpital sur-le-champ.

Une récompense de 2 000 francs sera accordée aux meilleurs travaux sur l'un de ces sujets. Ils doivent être écrits en français, allemand ou anglais et adressés, dans les formes académiques, au président du Comité international, avant le 1er avril 1883. Des accessits de 500 francs pourront aussi être accordés. Les manuscrits récompensés seront la propriété de la Société, à condition d'être publiés par elle dans l'année suivante.

Société de médecine de Toulouse.

Etude comparative des trois vaccins; auquel faut-il donner la préférence?

Adresser les travaux au secrétaire général de la Société, avant le 1er janvier 1884. 300 francs de récompense.

Société médicale d'Amiens.

1883. De la grenouillette.

1884. De l'inversion utérine.

Adresser les mémoires, dans les formes académiques, à M. H. Léger, secrétaire, avant le 1er avril de chaque année.

Académie de médecine de Turin.

Prix Riberi. Ce prix quinquennal, de 20 000 francs, sera décerné, en 1886, à l'ouvrage publié, postérieurement à 1881, sur les *recherches embryologiques éclairant l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'homme.* Les manuscrits, en double exemplaire, écrits lisiblement, en italien, en français ou en latin, comme les imprimés, devront être parvenus à l'Académie avant le 31 décembre 1886. Les manuscrits couronnés doivent être imprimés, aux frais du lauréat, avant la délivrance de la somme.

Institut vénitien.

Fondation Querini-Stampalia, 1883. Discuter les hypothèses émises le plus récemment en physique sur les causes des phénomènes lumineux, thermiques, électriques et magnétiques.

Terme du concours, 31 mars 1883; 3 000 francs.

1884. Histoire de la méthode expérimentale en Italie. Terme du concours, 31 juillet 1884. 5 000 francs.

Institut lombard de Milan.

Prix de 1 200 francs. Résumer en un volume, d'une lecture facile, les faits les plus certains et importants relatifs à la climatologie de la Lombardie.

Terme du concours, 1er juin 1885.

Prix Fossati, 1883. Mettre en évidence un fait quelconque d'anatomie macro ou microscopique de l'encéphale humain.

Terme du concours, 31 mai 1883. 2 000 francs.

1884. Etablir, par de nouveaux faits d'anatomie pathologique et de physiologie expérimentale, la doctrine des centres sensoriels corticaux.

Terme du concours, 31 mai 1884. 2 000 francs.

Fondation Kramer, 1884. Monographie des machines magnéto-électrique et dynamo-électrique, en comprenant l'histoire et la théorie, et mettant en relief les qualités et les défauts des divers types dans leurs applications industrielles.

Terme du concours, 31 décembre 1883. 4 000 francs.

Probabilité d'une découverte pour la cure des maladies cancéreuses; voie d'étude ou d'expérimentation propre à conduire à cette découverte.

Mille dollars ou 5 000 francs de récompense seront décernés au meilleur travail sur ce sujet, lisiblement écrit en anglais, en français ou en allemand, et envoyé *franco*, dans les formes académiques, avant le 1er décembre 1883, au professeur J. Collins Warren, 58, Beacon-Street, à Boston, Massach., Etats-Unis.

PTOMAÏNES. On s'occupe beaucoup de ce nouveau corps, depuis que la découverte en a été faite dans certains cadavres. (Voy. ALCALOÏDES, 1881). Quelques biologistes empressés s'occupent même d'en changer le nom, sans en connaître la nature, depuis qu'il s'est rencontré dans certaines sécrétions de l'organisme vivant. En collaboration avec M. Etard, M. A. Gautier est parvenu à l'isoler des matières en putréfaction, sous forme d'un liquide huileux, très caustique, comme la potasse et la conicine, bouillant à la température de 210 degrés et s'unissant à l'acide carbonique ambiant, sous forme de carbonate cristallisé. Il se présente aussi en beaux cristaux très stables de chlorhydrate et de chloroplatinate.

Cette base est presque aussi vénéneuse que le venin de cobra. Un milligramme et demi, inséré sous la peau d'un oiseau, le tue en moins d'une heure, avec paralysie et convulsions tétaniques. Comme poison, elle n'a de comparable que les venins, la muscarine et la nicotine. (*Acad. de méd.*, 28 février.)

On sait que ces alcaloïdes se forment dans l'économie vivante, au cours de divers états pathologiques, de même qu'à l'état physiologique dans plusieurs sécrétions. De là leur importance, quand l'élimination spontanée n'en est pas immédiate. Leur action peut ainsi se confondre avec celle des microbes dans la production de certaines maladies.

En recueillant les urines d'un grand nombre de malades atteints de fièvre typhoïde, pleurésie, pneumonie, ictère malin, ayant le caractère infectieux, le professeur Bouchard en a extrait des matières tout à fait analogues, par leurs caractères physiques et chimiques, aux alcaloïdes végétaux. Ils se développent alors chez l'homme et les animaux vivants, comme ils se produisent, après la mort, par invasion dans l'organisme d'agents végétaux inférieurs. On ne parvient à constater leur existence qu'en opérant sur 15 à 20 litres d'urine, réduits par évaporation à quelques centimètres cubes, dont on isole les alcaloïdes par divers réactifs. Leur proportion ne dépasse pas un milligramme par vingt-quatre heures; mais leur puissance toxique est si grande que leurs effets sur l'organisme sont explicables, quoique les expériences d'inoculation sur les animaux soient restées jusqu'ici négatives. (*Soc. de biol.*, 5 août.)

La présence de ces alcaloïdes dans les urines normales, constatée par M. Pouchet, a été confirmée par l'auteur et tend ainsi à ruiner son interprétation exclusive dans les maladies infectieuses. Mais, en trouvant ces mêmes alcaloïdes dans les matières fécales normales, dont les uns sont solubles dans l'éther et d'autres dans le chloroforme, il en infère qu'ils peuvent être fabriqués dans l'intestin, résorbés, versés dans le sang et éliminés par les urines à l'état normal : hypothèse basée sur ce qu'ils sont toujours en moindre proportion ici que dans les selles. Leur principal siège de formation serait donc dans l'intestin : d'où leur augmentation dans les maladies qui exagèrent les putréfactions intestinales, soit qu'ils aient pour origine les microbes répandus dans l'organisme, soit autrement, comme M. Quinquaud l'affirme. (*Revue de méd.*, octobre.)

Distinction médico-légale avec les alcaloïdes végétaux. La confusion facile des alcaloïdes cadavériques avec la plupart des alcaloïdes toxiques ne pouvait manquer d'être invoquée par les avocats, dans certains cas d'empoisonnement douteux. C'est un moyen habile de mettre les jurés dans l'embarras de se prononcer. Ainsi le fit, devant la cour d'assises d'Epinal, l'avocat des accusés, malgré l'analyse des organes de la jeune fille, ayant donné une substance pesant environ 1 gr. 85 et contenant la moitié de son poids de beaux cristaux, présentant toutes les réactions physiques, chimiques et physiologiques de la strychnine. Dans l'impossibilité d'établir par les réactifs les différences avec les ptomaïnes, c'est dans la quantité proportionnelle des deux alcaloïdes que M. Garnier trouve le moyen de résoudre la difficulté. Le plus souvent, l'expert, appelé à opérer peu après la mort, est dans des conditions favorables à cet effet, car, si l'exhumation a tardé, la putréfaction est considérablement ralentie par la soustraction du cadavre à l'action de l'air et de la température de l'atmosphère, de sorte que le développement des alcaloïdes cadavériques est peu avancé. D'autre part, la quantité de poison administrée est toujours bien plus considérable que celle qui constitue la dose toxique, et la même influence qui a retardé le développement des ptomaïnes se sera opposée à la transformation du toxique. Si donc l'expert arrive à isoler une certaine proportion d'alcaloïde cristallisable à l'état libre et présentant un accord parfait dans ses divers caractères avec ceux d'un poison végétal, lors même qu'il présenterait plus ou moins la réaction d'une ptomaïne, que l'on n'aura pu éviter totalement, il aura le droit de conclure à la présence de ce poison, surtout s'il insiste sur ce fait que, malgré l'assertion de certain avocat, la réaction physiologique est décisive, et que la persistance de l'impressionnabilité du muscle au courant d'induction est exclusive d'une ptomaïne.

Les difficultés de l'expertise ne sont donc pas insurmontables, et, en attendant que l'étude des ptomaïnes se précise et se complète, pour mettre les médecins légistes à l'abri des objections qui peuvent leur être faites, c'est

dans les caractères précités qu'ils devront insister pour communiquer aux juges leur conviction personnelle sur la nature du poison. (*Revue méd. de l'Est*, et *Soc. de méd. de Nancy*, juillet.)

R

RAGE. On s'aperçoit de plus en plus, en étudiant cette effrayante maladie, qu'elle n'est pas seulement une des plus difficiles à guérir, mais à reconnaître, malgré ses caractères bien tranchés dans la plupart des cas. De même qu'elle revêt plusieurs formes chez le chien, où elle se développe spontanément, et qui en est la source par excellence, elle en a plusieurs chez l'homme, où la vraie rage ne se montre jamais que par inoculation. Son incubation a ainsi une durée variable suivant les individus, et ses manifestations extérieures diffèrent même, suivant le caractère, le tempérament de chacun. Elle affecte surtout un appareil effrayant chez les personnes impressionnables, nerveuses, sanguines, et c'est ainsi que la peur, la crainte de cette maladie suffit, non à la développer assurément, mais à provoquer des symptômes nerveux qui la simulent. Plusieurs névroses convulsives, spasmodiques, peuvent faire croire à la rage et la simuler aux yeux des meilleurs observateurs. En cas de guérison, on croit avoir guéri la vraie rage, et la vogue populaire de certains remèdes, n'ayant en réalité jamais guéri un seul enragé, n'aurait pas d'autre origine que cette erreur.

Ces considérations sont justifiées par un fait récent, qui a mis ces questions à l'ordre du jour. Un berger de trente-huit ans est mordu par un chien enragé errant, le 16 avril, ainsi qu'une femme et une petite fille. Il s'était cautérisé seulement le lendemain. Le 18 mai, il apprend que la femme mordue comme lui était atteinte de la rage et mourait le lendemain. Préoccupé de ce fait, il est pris d'une soif extraordinaire, avec difficulté d'avaler dans la nuit du 21 au 22 mai; puis il devint agité, inquiet, errant sans but, s'arrêtant dans plusieurs

maisons pour boire du café ou du cidre et n'en pouvant avaler que quelques gorgées. Il étouffe, court subitement sans motif, manifeste des envies de mordre en effrayant les voisins, qui le garrottent aussitôt et le transportent à l'Hôtel-Dieu de Caen, à 10 kilomètres du village. Il se mord lui-même à la main gauche pendant le trajet.

Admis comme atteint de rage par le docteur Denis Dumont, on constate qu'il demande souvent à boire, repoussant avec énergie tout autre liquide que le cidre, dont il met une gorgée dans sa bouche en la rejetant violemment aussitôt. Il se plaignait d'un poids sur la poitrine, de douleurs vives dans la gorge, et priait qu'on le fît mourir. Il avait souvent des crises, pendant lesquelles il perdait connaissance ou voulait mordre, cherchant à saisir avec les dents tout ce qui se trouvait à sa portée.

Le traitement consista d'abord en bromure de potassium, de 4 à 8 grammes par jour, sirop de codéine, chloral, et ensuite en injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine, répétées trois fois par jour, puis deux fois à la fin.

Sous l'influence de cette médication, les crises s'éloignèrent de plus en plus, la dysphagie diminua, puis cessa; l'agitation disparut, l'appétit revint; et, au bout de quinze jours, la guérison pouvait être considérée comme complète.

La nature rabique de ce mal paraissait donc bien indubitable, et l'observateur distingué de ce fait vint la soutenir avec conviction devant l'Académie de médecine, en se fondant sur la morsure d'un chien enragé, la période d'incubation ordinaire de trente-six jours, l'agitation prodromique avec allées et venues sans motifs, le prurit partant de l'avant-bras, où siégeait la morsure avant le premier accès, une soif intense avec une vive douleur de la gorge et contraction spasmodique à chaque tentative de déglutition, la répulsion des liquides et les excitations provoquées surtout par le bruit des dents, la connaissance revenant après la crise, les convulsions latérales, la tendance à mordre et les morsures, l'anxiété précordiale, la raucité de la voix avec aboiement au début des accès. De ce tableau complet, l'auteur

concluait que les injections de pilocarpine avaient guéri la rage.

Mais M. Bouley, rapporteur, n'est pas de cet avis, qu'il a fait partager à la commission. Tout en reconnaissant les preuves de la rage, il est frappé de ce que ce berger n'est pris de ces symptômes qu'en apprenant la mort de la femme qui a été mordue comme lui par le même chien. Et, soupçonnant que son imagination seule a été atteinte, l'explosion des crises, des aboiements, de la fureur de mordre, l'impossibilité d'avaler est d'autant plus simple et naturelle que cet homme est berger et connaît tous les phénomènes rabiques.

Voilà toute l'explication, et trois observations sont citées à l'appui, montrant que trois hommes ont, comme Grillé, présenté tous les phénomènes de la rage après avoir été mordus par des animaux qu'ils croyaient enragés pour avoir disparu, et qui guérirent subitement à la vue de ces mêmes chiens et chats revenus au logis. La cessation subite et complète de tous les accidents, par la preuve même de leur erreur, montre bien qu'ils étaient produits sous l'influence unique de l'imagination; mais il n'en est pas de même dans le cas actuel. La guérison n'a été obtenue que graduellement et par un traitement actif, sans rien qui pût agir sur l'imagination directement. D'ailleurs, ce berger présentait un stigmate de rage au-dessus du pouvoir de la volonté et de l'imagination : la rupture de la cicatrice déjà ancienne de la morsure et l'écoulement sanieux de la plaie en résultant au moment des crises. Cette différence est donc capitale et met ce cas tout à fait hors de pair.

Pour triompher de cet argument irréfutable, M. Bouley assimile ce stigmate à ceux, mêmes sanglants et suppurants, observés chez certaines hystériques sous l'influence de la menstruation. L'imagination y était donc tout à fait étrangère. Il veut en démontrer le rôle où elle n'existait pas, tandis qu'il ne la rend ni évidente ni distincte où elle peut être soupçonnée. Ces objections spéculatives ne peuvent annihiler le fait en question. La guérison seule, par son extrême rareté, les justifie, et c'est pourquoi il est regrettable que l'inoculation expérimentale de la salive de ce berger n'ait pas

été faite sur des chiens, pour en mettre la virulence hors de contestation. C'est l'épreuve absolument indispensable aujourd'hui, en cas de guérison, pour n'en pas faire une rage imaginaire.

Siège. L'influence de l'imagination et du système nerveux, en général, sur les symptômes de la rage, est rendue d'autant plus probable que le siège du virus se localise de plus en plus dans les centres nerveux, la région bulbaire en particulier, par les lésions rencontrées à l'autopsie d'hommes et d'animaux morts hydrophobes. M. Pasteur ayant réussi à la communiquer à des animaux en leur inoculant directement, par la trépanation, du tissu des centres nerveux : cerveau, bulbe, moelle d'animaux enragés, considère cette expérience comme démonstrative. Le bulbe rachidien d'une personne et d'un animal quelconque, morts enragés, est toujours virulent, comme les différentes parties de l'encéphale et de la moelle, tant qu'elles ne sont pas envahies par la putréfaction, qui en détruit la virulence en tuant le microbe qui s'y rencontre. Un cerveau rabique a pu être conservé pendant trois semaines, en le tenant dans une température de 12° environ. On espère ainsi rendre appréciable, sous la forme d'un microbe de la salive, le virus de la rage, et parvenir, en l'atténuant par la culture, à l'inoculer comme un vaccin préservatif. Quatre chiens seraient déjà dans cet état d'impossibilité de devenir enragés, quels que soient le mode d'inoculation et l'intensité de la virulence de la matière rabique, tandis que d'autres chiens témoins, inoculés simultanément, meurent bientôt enragés. (*Acad. des sciences et de méd.*, décembre.)

On se demande si ces découvertes, résultant exclusivement d'expériences faites *in anima vili*, par des procédés inconnus et compliqués, comme pour le charbon, pourront jamais servir à l'extinction de la rage ou à sa guérison chez l'homme, comme chez le chien. Tout opposés à ceux de la vaccine contre la variole, ces procédés ne sont pas en effet à la portée des praticiens, ni médecins, ni vétérinaires, et restent à peu près le privilège et le monopole des inventeurs. Etrangers à la médecine et à

l'observation clinique des malades, ceux-ci ne peuvent en connaître ni les lois ni les secrets. Ils agissent dans un monde tout nouveau et spéculatif d'entités microbiques, d'organismes infinitésimaux, en dehors des lois ordinaires de la vie humaine et qui n'ont rien de commun avec la réalité de la pratique. Aussi bien M. Pasteur met-il encore en question si ces quatre chiens, au lieu d'être guéris de la rage par ses vaccinations, n'y sont pas tout simplement réfractaires, comme il en est de certains hommes pour les différents virus.... ?

Lésions des glandes sous-maxillaires. Les recherches du docteur Elsenberg (de Varsovie), sur 12 chiens enragés, ont montré de nombreuses cellules dans le tissu interstitiel, de nature lymphoïde pour la plupart. Elles l'infiltraient à divers degrés et en différentes parties. Elles abondaient surtout autour des petits conduits plutôt que des vaisseaux, et leur accumulation, de 1 à 2 millimètres de diamètre, simulait un foyer de suppuration; l'infiltration était plus légère à la périphérie. De petites cellules parfois en rangées étaient accumulées entre ces lobules. Dans le tissu conneetif dense, autour des grands conduits et vaisseaux, les cellules étaient comparativement rares. Une infiltration modérée existait aussi dans le tissu nerveux ganglionnaire. Le sang, distendant les vaisseaux, contenait beaucoup de leucocytes réunis contre les parois, et toutes les apparences étaient en harmonie avec cette idée que ces cellules lymphoïdes provenaient de ces leucocytes. Les alvéoles de la glande étaient rétrécies par l'infiltration, avec altération des cellules épithéliales, diminuées de volume et infiltrées d'éléments lymphoïdes. De larges granules s'y trouvaient, remplissant les alvéoles.

Des altérations semblables furent trouvées dans les glandes sublinguales, avec changements moins étendus des cellules. Elles étaient encore plus légères dans les glandes lacrymales et ne se révélaient que comme une infiltration du tissu interstitiel; la glande parotide au contraire était parfaitement normale dans la plupart des cas. Les altérations trouvées dans 3 étaient semblables aux précédentes.

Dans un seul examen de ces glandes, chez un homme enragé, des altérations semblables ont été rencontrées : infiltration leucocytique, changements partiels des cellules glandulaires, et transformation protoplasmique des cellules muqueuses.

Ces lésions, ne pouvant être attribuées à la salivation chez le chien, sont rapportées à l'inflammation, et leur constance semble résulter de l'excrétion du poison par ces glandes, dont la parotide est exempte. Elles constitueraient donc une ressource pour le diagnostic de la rage après la mort. (*Virchow Archiv* et *Lancet*, 11 mars.)

Pilocarpine. En raison de ses effets manifestes sur la salivation, ce nouveau remède à la mode a été logiquement employé contre la rage, en injections hypodermiques de 2 centigrammes chacune, contre les accès d'un homme de trente-huit ans, mordu à la main par un chien enragé, deux mois auparavant. Une abondante salivation et des sueurs en résultèrent, comme à l'ordinaire. Tout en amenant de terribles paroxysmes de suffocation, les souffrances en étaient diminuées ensuite. La soif, augmentée par ces pertes, ne pouvant être satisfaite, par l'impossibilité d'avaler, un tube fut introduit dans l'œsophage, pour conduire les liquides dans l'estomac. Néanmoins, quarante-huit heures après le début de ce traitement, cet homme mourait subitement, assis sur son lit et en parlant. (*France méd.*)

Les six cas de rage traités aussi infructueusement par M. Dujardin-Beaumetz et un septième par le professeur Sée avec ce médicament montrent que la guérison obtenue par le docteur Denis Dumont ne peut lui être attribuée. Les expériences récentes faites sur les animaux par différents vétérinaires, sur l'annonce de cette guérison, ont d'ailleurs été des plus décisives. Le professeur Nocard, d'Alfort, qui de mars à juin 1878 avait pratiqué des injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine à 6 chiens atteints de rage furieuse, n'avait pas observé la moindre atténuation des symptômes. Deux chiens, atteints l'un de rage furieuse et l'autre de rage mue, soumis depuis à ces injections, ont aussi succombé, de même qu'un cheval de grande valeur, mordu à la lèvre inférieure

par un chien enragé. Malgré des injections de 12 centigrammes de substance active et une salivation abondante avec sueur profuse en résultant pendant une heure et demie environ, aucune amélioration ne s'est manifestée. Les crises ont même semblé redoubler de fréquence et d'intensité après une seconde injection de 16 centigrammes, et l'animal succomba dans d'horribles souffrances, après s'être fracturé la mâchoire inférieure en mordant sa mangeoire.

Afin de rendre ces expériences plus concluantes, trois jeunes chevreaux, qui prennent très facilement la rage, sont inoculés le 23 juin avec la solution de 2 grammes de la substance bulbaire d'un chien enragé furieux, par injection dans la cavité arachnoïdienne. Le septième jour, et sans qu'aucun symptôme de rage se manifeste encore, des injections préventives de chlorhydrate de pilocarpine sont pratiquées, sans empêcher le développement de tous les symptôme rabiques quelques jours après et la mort consécutive. On ne peut donc attendre aucune action curative, prophylactique ni sédative de la pilocarpine contre la rage. (*Archiv. vétérinaires*, n° 17, et *Journ. de thérap.*, n° 19.)

Pas plus qu'aucun des autres moyens proposés et essayés publiquement par le Conseil d'hygiène et le Comité de la rage, celui-ci n'est efficace, pas plus pour la prévenir que pour la guérir. De là l'incrédulité générale sur sa guérison réelle et les espérances que font naître les vaccinations de M. Pasteur sur les chiens pour s'en mettre à l'abri.

RÉSECTIONS. Ce mot continue à être détourné de son acception ordinaire au retranchement partiel des os, en s'appliquant le plus souvent aux parties molles. La première diminue autant que celle-ci augmente tous les jours. Les organes creux, comme l'estomac, l'intestin, en sont particulièrement l'objet, et des exemples s'en trouvent ainsi relatés à ESTOMAC, HERNIES. Le pylore est devenu surtout le point de mire des plus audacieux opérateurs. C'est à qui y portera le couteau, et ils rivalisent à qui mieux mieux pour l'exciser, en s'inquiétant plus du succès ou de la réussite de l'opération que de la vie

de l'opéré. La résection s'est ainsi introduite en Italie (Voy. CANCER DU PYLORE), et M. Sydney Jones l'a exécutée avec éclat, le 17 octobre dernier, à *Saint-Thomas hospital*, sur un homme de cinquante-sept ans, pour un cancer; 52 sutures furent nécessaires pour la réunion des parties divisées, et l'opération dura trois heures et demie. L'opéré ne put survivre au shock en résultant et s'éteignit trois heures après son réveil, en accusant de violentes souffrances; mais l'autopsie montra la réussite de l'opération, comme en Italie, et l'honneur chirurgical est satisfait. (*Lancet*, 25 novembre.)

On a même tenté la résection de la vésicule biliaire, signalée à CHIRURGIE; on verra par quels motifs les chirurgiens allemands, qui sont les promoteurs de cette chirurgie hasardée et expérimentale sur l'homme, ont justifié cette nouvelle opération. Celle du côlon, consacrée par son nom spécial avec des exemples et des perfectionnements à l'appui (Voy. COLOTOMIE), va ainsi nécessiter un terme analogue pour la résection des nerfs, que celui de névrotomie n'exprime plus exactement et dont l'exemple le plus remarquable est à TORTICOLIS. Après ces indications bibliographiques, passons en détail aux véritables résections osseuses.

Résection du coude. Une jeune fille de dix-huit ans, ayant eu une série d'abcès épiphysaires à la suite d'une rougeole survenue cinq ans auparavant, fut atteinte d'une arthrite symptomatique du coude gauche, terminée par ankylose osseuse, avec persistance d'une fistule et atrophie musculaire très prononcée. La rupture ayant été impossible, le docteur Pozzi sépara les surfaces articulaires avec le maillet et le marteau et réséqua ensuite 8 centimètres de l'extrémité des os.

A l'examen de l'opérée six mois après, elle est guérie, sauf une toute petite fistule postérieure; la flexion se fait complètement, la mobilité latérale étant relativement peu prononcée. Elle soulève un poids de 10 kilos avec ce bras. Ce résultat s'améliorera encore. (*Soc. de chirurgie*, 1er mars.)

Un succès remarquable en a été présenté par M. Ollier, sur une pièce pathologique que l'opéré lui a léguée en

mourant. C'était un homme de vingt-sept ans, atteint d'une ostéo-arthrite fongueuse suppurant depuis huit ans. Serofuleux et présentant des accidents nombreux et variés de cette diathèse, il ne se trouvait donc pas dans des conditions très brillantes. 4 centimètres d'humérus, ainsi que la partie supérieure du cubitus et du radius, furent réséqués en 1873.

Quand le malade quitta l'hôpital, il avait retrouvé la plupart de ses mouvements. La flexion était complète, l'extension presque satisfaisante. Il y avait des mouvements de pronation et de supination suffisants au point de vue pratique. Enfin, détail important, il pouvait tenir à bras tendu un poids de 10 kilogrammes. La guérison était donc bien complète.

Cet homme a succombé à une autre affection en 1882, et l'examen de la pièce montre que les muscles ont tous conservé leur insertion normale. Les ligaments sont d'une perfection irréprochable. L'humérus présente de 15 à 16 millimètres de néoformation longitudinale. Jamais, en effet, la récupération longitudinale n'est complète, même ehez les enfants, à eause de l'enlèvement des cartilages de formation. La néoformation latérale est également satisfaisante. Deux tubercules se sont organisés aux deux extrémités du diamètre transversal, comme sur d'autres opérés. Ils sont très importants au point de vue de la démonstration, car ils empêchent tout mouvement latéral et contribuent grandement à la constitution du type de l'articulation nouvelle. L'olécrâne est reformé et présente l'aspect d'une large apophyse. Il y a une véritable tête radiale. Pas de cartilage. Jamais, en effet, même chez les enfants, on n'observe dans l'articulation que du tissu chondroïde. Une sorte de synovie baigne les surfaees en contact.

En résumé, si eette artieulation nouvelle n'est pas exaetement semblable à l'articulation du coude, elle est du moins bien évidemment construite sur le même type physiologique. C'est un ginglyme, et, à ce point de vue, elle démontre absolument la vérité de la reconstitution.

Une résection simple du coude, pratiquée l'année dernière par M. Sée, a donné un résultat pratique très satisfaisant. Il se demande comment on peut ménager la

capsule dans le cas de fongosités considérables. « Je ne les racle ni ne les enlève, je les brûle, » répond M. Ollier; modifiées par les caustiques, elles disparaissent par le pansement à l'iodoforme. (*Idem*, 19 avril, et *Gaz. hebdom.*, n° 16.)

Résection du poignet. Pratiquée pour la première fois par Moreau (de Bar-le-Duc), il y a près d'un siècle, cette grave et difficile opération a perdu peu à peu son crédit, par l'impossibilité de rendre l'usage de la main. M. Ollier fait appel de ce jugement défavorable, et malgré la difficulté d'appliquer la méthode sous-périostée à ces petits os du carpe, lorsqu'ils sont nécrosés, il prétend favoriser leur reproduction par la cautérisation chez les enfants et leur excision chez les adultes, grâce à la méthode phéniquée. Une masse ostéo-fibreuse peut ainsi remplacer les deux rangées du carpe. Ce sont des grains osseux disséminés dans une gangue fibreuse assez épaisse et résistante pour servir de point d'appui à la main et assez souple aussi pour lui permettre de se mouvoir sur l'avant-bras.

L'âge du sujet et les conditions anatomiques de la gaine périostéo-capsulaire sont les principales causes de cette reconstitution. Dans les ostéo-arthrites fongueuses, la gaine est transformée en partie en tissu de granulations, et les petits os du carpe sont plus ou moins isolés par les fongosités. Mais, à moins qu'ils ne soient complètement nécrosés, ils tiennent par une partie de leur revêtement fibreux, et c'est là qu'il faut les séparer méthodiquement et sans violence des tissus encore résistants, au moyen de la rugine. Il ne faut pas, d'autre part, enlever systématiquement toutes les parties fongueuses; il faut les modifier par le fer rouge ou le chlorure de zinc, de manière à changer leur vitalité et à susciter des processus plastiques, là où s'accomplissaient antérieurement des processus destructeurs. C'est en ménageant ainsi tout ce qui est sain ou susceptible de redevenir sain que l'on conserve les éléments de la reconstitution ultérieure de ces articulations compliquées dans leur structure.

Bien que ces granulations présentent les caractères

histologiques de la tuberculose et soient constituées par de nombreux follicules tuberculeux, on les ramène à l'état de granulations simples par des eautérisations successives qui n'ont pas pour but de les détruire, mais de les modifier. Et si le sujet n'est pas atteint de tuberculose des organes internes, on arrive à les transformer en tissu scléreux stable et susceptible de s'organiser en une masse ostéo-fibreuse distincte, entre le métacarpe et les os de l'avant-bras. Le pansement à l'iodoforme est très utile en pareil cas.

Les résultats obtenus paraissent devoir étendre ees applications aux ostéo-arthrites du poignet et surtout aux suppurations carpiennes d'origine traumatique. L'ablation de ces os est suivie dans ce cas d'une reconstitution plus rapide, d'autant que les gaines tendineuses voisines n'ont pas subi les altérations profondes qui empêehent le retour des mouvements des doigts.

Sur 15 cas d'ablation totale du carpe ou résection radio-carpienne, les 4 premières ont donné des résultats très imparfaits ; mais les dernières sont beaucoup plus satisfaisantes. L'articulation nouvelle a pu être constatée dans plusieurs cas, permettant aux opérés de se servir de la main pour les petits usages de la vie et même de se livrer à un eertain travail. En voici deux exemples.

Un opéré depuis deux ans soulève avec les doigts et porte à bras tendu, pendant quelques secondes, un poids de 10 kilos. Tous les os du earpe avaient été enlevés, sauf le pisiforme, la surface artieulaire et l'apophyse styloïde du eubitus, l'extrémité inférieure des deuxième, quatrième et cinquième métacarpiens et la totalité du troisième, ainsi que le doigt qu'il supporte.

Un autre opéré, auquel ont été enlevées, il y a onze ans, les extrémités inférieures du radius et du eubitus, réduites en nombreuses esquilles par un coup de feu, est aujourd'hui eapable de porter à bras tendu 11 kil. et est devenu habile dans l'exercice du trapèze. Ce sont les deux seules guérisons types que le célèbre chirurgien ait pu offrir; on peut juger des autres. (*Acad. des sciences* et *Revue de chir.*, juillet.)

Au contraire, sur 73 cas de résection pathologique, recueillis par le docteur Nepveu, on trouve 5 0/0 d'in-

succès; sur 6 opérés, M. Verneuil en a perdu 5; d'autres résultats montrent 39 insuccès sur 60 opérés. D'où il conclut que la grande perfection des méthodes de pansement n'a pas d'action sur le tempérament scrofuleux. Ces résultats sont donc contraires aux précédents.

Mais il résulte de la discussion soulevée à ce sujet entre MM. Ollier et Verneuil, qu'il faut supprimer les résultats des résections traumatiques, traitées par la contention grâce à la méthode antiseptique. Si celle-ci permet la résection dans les cas pathologiques, à l'aide d'incisions, de cautérisations, ces opérations ne sont jamais que palliatives chez les scrofuleux, sauf quelques rares succès définitifs, comme l'unique cité ci-dessus par M. Ollier. Ces opérés meurent souvent quelques années après, et ce n'est qu'une prolongation de l'existence. Ces dernières résections ne peuvent être envisagées qu'à ce point de vue et condamnent la *résécomanie* des chirurgiens anglais, il y a quelques années, et des Allemands actuels. (*Association française.*)

Résection du genou. De l'analyse de 14 opérations faites dans son service de l'hôpital de Dublin pour des maladies chroniques, le docteur Hayes trouve 11 guérisons complètes. Trois fois on dut pratiquer une amputation secondaire, dont un seul opéré guérit.

Ces résultats favorables sont attribués au procédé d'immobilisation du membre. Des rouleaux de flanelle sont placés de chaque côté de la jambe et de la cuisse; deux attelles de tôle perforées sont appliquées exactement sur la cuisse et la jambe, et maintenues par une autre pièce de fer. Un tourniquet s'appuyant sur des plaques placées en avant maintient les os dans l'immobilité. Le membre est entouré d'un appareil plâtré, et, pendant cette opération, on donne à la jambe la position qu'elle doit occuper par rapport à la cuisse. Le pansement est celui de Lister. Par ce moyen, on assure l'immobilisation absolue du membre et la possibilité pour l'opéré de changer de position dans son lit. (*Dublin journ. of med. science*, février.)

Résection des côtes. Voy. EMPYÈME, PLEURÉSIE SUPPURÉE.

RÉTRÉCISSEMENTS. Appliquant au canal nasal la dilatation brusque ou le cathétérisme forcé employé sur l'urèthre, M. Galezowski se sert à cet effet d'un instrument dilatateur en forme de sonde, dont le volume ne dépasse pas le nº 4 de Bowman. Une fois engagé jusqu'au fond, on le retire lentement, en pressant sur une seconde tige qui dédouble la sonde en deux, en en augmentant considérablement le volume, au point de correspondre au nº 10 ou 12. En ayant lieu par l'extraction de l'instrument, et sans effort, cette dilatation est relativement peu douloureuse et rarement sanglante.

Le manuel opératoire consiste, dès que la pointe incisive a franchi l'embouchure du sac lacrymal et s'appuie sur la paroi postérieure osseuse, à relever l'instrument en lui donnant une direction verticale. On l'enfonce ensuite lentement dans le canal nasal, aussi profondément que possible. Il ne reste plus qu'à écarter les deux valves, en appuyant avec le pouce sur le manche, pour que la dilatation, en le retirant, soit aussi complète que possible.

Les suites sont des plus simples et sans réaction inflammatoire. Quand le sac lacrymal est suppuré et enflammé, un cataplasme de fécule de riz pendant vingt-quatre heures suffit à calmer l'inflammation consécutive. Des sondes graduées sont introduites du 3e au 4e jour pour s'assurer que les voies sont libres et les dilater au besoin. En cas de gonflement du sac, des onctions locales, avec la pommade suivante, sont associées aux cataplasmes :

℞ Onguent double hydrargyrique........	6 grammes.
Vaseline..................................	4 —
Camphre..................................	25 —

(*Journ. de méd. et chir. prat.*, art. 12168.)

Rétrécissement traumatique de l'œsophage. *Gastrostomie en deux temps.* Voy. GASTROSTOMIE.

Rétrécissement du colon descendant. *Colotomie lombaire gauche.* Chez une femme de cinquante ans, qui souffrait depuis deux mois d'une obstruction du rectum, sans que l'obstacle fût perçu par cette voie, M. Th. Bryant pratiqua une incision oblique, comme pour la colotomie

lombaire gauche, et, en attirant le segment rétréci à travers la plaie, il appliqua une ligature au-dessus et au-dessous du rétrécissement et les fixa aux lèvres de l'incision. La partie rétrécie était annulaire et comprenait environ un pouce de l'intestin, ne pouvant admettre le nº 8 de la filière. Ce segment fut excisé et l'opérée guérit parfaitement.

Ce succès est un encouragement pour tenter de bonne heure l'excision de ces rétrécissements, dès que le diagnostic est établi. On pourrait tenter de même l'excision des tumeurs cancéreuses, qui réclament la colotomie quand elles sont accessibles par cette opération. D'où l'indication de la pratiquer plus tôt.

C'est le premier exemple de cette opération en Angleterre; mais M. Cripps croit qu'elle a été pratiquée en Allemagne l'année dernière. Le rétrécissement du pylore excisé par Billroth en est une autre application. Tous ces rétrécissements commençant par un dépôt de substance adénoïde dans le tissu sous-muqueux, la malignité pourrait en être prévenue, ainsi que leur récidive, en les enlevant de bonne heure. Cette opération simple serait infiniment moins grave que la laparotomie, pratiquée dans des cas analogues. Le rétrécissement annulaire fut ainsi rencontré au-dessus de la valvule sigmoïde, dans un cas opéré par M. H. Marsh. Il aurait pu être enlevé par une simple incision lombaire, sans faire courir le danger d'un si grand traumatisme. Quatre à cinq pouces du côlon descendant peuvent être mis à nu par l'incision ordinaire de la colotomie sur le cadavre et bien plus sur le vivant. Les neuf dixièmes des rétrécissements intestinaux, siégeant dans la portion descendante du côlon et le rectum, on a d'autant plus de chance de les atteindre par cette opération. (*Royal med. and chir. society*, 28 mars.)

RHUMATISME. Idolâtres du fait, les médecins anglais ont encore essayé de préciser mathématiquement les principaux effets du salicylate de soude par la statistique, en les comparant avec ceux de la salicyne et autres méthodes de traitement les plus en vogue. Son action est assez universellement constatée et confirmée pour

qu'il soit superflu d'en signaler tous les détails. Il suffira de montrer par un exemple à quels minutieux détails ils sont descendus, sans aucun résultat nouveau. (*Med. Society of London*, novembre 1881, et *Lancet*, janvier.)

En comparant 50 rhumatismes traités par l'acide salicylique et 35 par d'autres moyens, le docteur Russell constate que la chute de la température, dans les premiers, fut manifeste dès la trente-troisième heure avec une durée de séjour à l'hôpital de trente-huit jours. Chez 20 malades, la diminution des douleurs arriva dans les vingt-quatre heures. Il n'y eut qu'un seul décès, quoique des vomissements en soient résultés 3 fois, du délire 6 fois et 5 fois de la péricardite.

Avec les autres moyens, la chute de la température eut lieu après trente-six heures, et le séjour à l'hôpital fut de trente-neuf jours en moyenne, sans qu'aucun accident soit démontré. L'administration de l'acide salicylique doit donc être très attentivement surveillée. (*British med. journ.*, avril.)

Seigle ergoté. C'est en l'employant par mégarde, au lieu du sulfate de quinine, que Gilotte père en remarqua les bons effets. Chevallerau, en pratiquant une injection d'ergotine contre une hémorrhagie chez un rhumatisant, constata également une amélioration réelle de l'état général et en renouvela ainsi l'emploi avec avantage. Il abaisserait la température, abrégerait la durée de la maladie, éloignerait les complications cardiaques et les allégerait. (*New-York med. journ.*) Une étude plus complète pourrait donc en fixer utilement les indications.

Rhumatisme osseux. Essentiellement chronique, cette forme de rhumatisme, en affectant le tissu osseux, revêt un aspect tout différent des formes fibreuses ou synoviales, soit articulaires, soit tendineuses, quoique se développant sous l'influence de la même cause constitutionnelle. Caractérisé anatomiquement par le gonflement des os, surtout au niveau des extrémités articulaires, où le tissu spongieux prédomine, il se distingue par les altérations histologiques suivantes, d'après le docteur Cadiat :

D'un aspect grenu, le tissu osseux est friable, avec tous les caractères de l'os nouveau. Des couches d'ostéo-

blastes, rangés régulièrement à la surface des amas de matière calcaire de l'os en formation, passent à l'état d'éléments caractéristiques des os par envahissement progressif, en formant des exostoses et des stalactites. Les vaisseaux sanguins sont augmentés de nombre, et les anciens sont très dilatés. Le périoste est épaissi, sans suppuration ni formation cartilagineuse. Jamais les deux surfaces articulaires ne sont atteintes à la fois. Un seul os est augmenté de volume, sans altération de la diaphyse, d'où une déformation caractéristique. La tête du tibia, par exemple, peut faire de chaque côté du pli articulaire une saillie notable par rapport aux condyles du fémur, n'offrant au contraire rien d'anormal. Les parties molles sont indemnes, et les mouvements limités s'accompagnent de craquements dus au frottement des stalactites de nouvelle formation et à l'érosion des cartilages articulaires. Consécutivement, l'extrémité articulaire juxtaposée peut être envahie par l'ostéite rhumatismale et toutes les articulations se prendre successivement, avec douleur des os à la pression. La face et tout le squelette présentent ainsi des déformations considérables, surtout aux extrémités, par l'ostéite inflammatoire chronique et l'hypertrophie osseuse en résultant, comme des observations en sont relatées.

De là sa confusion avec le rhumatisme goutteux, l'arthrite sèche et même le cancer des os. L'arthrite déformante des vieillards en serait la con séquence, par les nodosités et les déformations des doigts, signalées par M. Charcot, et la raréfaction du tissu des extrémités articulaires. Sa manifestation à tous les âges, chez les sujets bien constitués, forts, vigoureux, sans rhumatisme antérieur ni complication cardiaque, qu'il n'entraîne jamais, à l'exception des autres formes, voilà autant de conditions pour déterminer les plus funestes erreurs sur son diagnostic. Sa résistance aux traitements ordinaires, comme les vésicatoires, les cautérisations sur les jointures, en est une autre cause.

Il se développe particulièrement chez les personnes soumises au froid et à l'humidité, habitant des logements insalubres, des rez-de-chaussée où le soleil ne pénètre pas, vivant dans les caves, les égouts, ou ex-

posées aux intempéries, comme les cochers. Le changement de lieu, de local et de profession peut seul amener la guérison. Il suffit à une femme qui l'avait contracté dans une maison malsaine, un appartement froid, exposé au nord, d'habiter un local sec et exposé en plein midi, pour s'en guérir en peu de temps. Les bains d'air chaud associés au régime lacté ont aussi de bons effets; mais les eaux d'Aix en Savoie sont le meilleur adjuvant de l'hygiène, qui en constitue le traitement fondamental. (*Revue de méd.*, septembre.)

Œdème rhumatismal sus-claviculaire. Signalée pour la première fois en 1879 par le professeur Verneuil, sous le nom de *pseudo-lipôme* de nature rhumatismale, cette affection inconnue vient d'être décrite plus amplement par le professeur Potain, d'après une vingtaine de cas observés en ville et à l'hôpital depuis lors. C'est montrer qu'elle n'est pas très rare.

Il est caractérisé par une saillie qui transforme la dépression habituelle, existant au-dessus de la clavicule, en une convexité dont le relief peut s'élever de deux à trois centimètres au-dessus du plan des parties voisines. Elle se présente dans l'espace libre de la clavicule, au bord du trapèze et du sterno-mastoïdien, sans changement de couleur à la peau, ni dure, ni fluctuante, mais élastique, sans douleur au toucher et sans garder l'empreinte du doigt. Il ne faut pas la confondre toutefois avec la saillie normale qui se rencontre assez fréquemment, dans cette région, chez les femmes un peu obèses, d'autant moins qu'elle est plus fréquente sur la femme que sur l'homme.

La plupart des sujets qui la présentaient étaient rhumatisants, avec manifestations évidentes de la diathèse, telles que douleurs vagues, mobiles, à retour fréquent, au niveau des jointures, dans les masses musculaires ou sur le trajet des nerfs. D'autres fois, ces douleurs étaient fixées sur les jointures, avec ou sans craquements très fins pendant les mouvements. Une tuméfaction chronique ou douloureuse existait même chez la plupart, notamment aux genoux, aux poignets, au cou-de-pied et aux doigts, avec renflement des têtes phalangiennes. Dépôt urique de l'urine ou gravelle véritable.

Sur les quatre hommes observés, trois étaient diabétiques, dont un avec prurit excessif, et l'autre avait une affection athéromateuse de l'aorte. Un état anormal du système nerveux existait chez la plupart des femmes, sous forme d'excitabilité vague ou d'hypocondrie. Des émotions, des chagrins avaient souvent précédé l'apparition de cet œdème, survenu plusieurs fois après la ménopause. Quand la trace de l'arthritisme se rencontrait dans l'ascendance, c'était toujours dans la ligne maternelle. L'existence de l'arthritisme était ainsi ordinairement bien affirmée.

Cet œdème sus-claviculaire, existant parfois des deux côtés, se complique de tuméfactions absolument semblables sur d'autres points : les côtés du tendon rotulien et le tendon d'Achille, au voisinage des malléoles, au-dessous des bosses occipitales et dans les régions temporales parotidiennes, sous-maxillaires, deltoïdiennes et partout où le tissu cellulaire se surcharge de graisse ou de sérosité. Une boursouflure du dos des mains, surtout entre les articulations métacarpo-phalangiennes. où de petites éminences sont séparées par des fossettes caractéristiques des mains d'arthritiques, en sont souvent le caractère. Un œdème sous-cutané léger du bas des jambes se rencontrait même chez huit des malades, laissant la dépression classique à la pression, bien qu'aucun obstacle quelconque à la circulation ni albuminurie ne pût être décelé. Cet œdème était purement arthritique, comme le pseudo-lipôme sus-claviculaire, et se rencontre même assez souvent isolément chez les rhumatisants. Il suffit d'être en puissance latente de la diathèse rhumatismale pour en être atteint. Il ne faut donc pas le confondre avec l'anasarque des maladies du cœur ou de l'albuminurie ni avec l'anasarque *à frigore.* (*Acad. de méd.*, 17 octobre.)

Sans être grave ni une cause de mort, cette manifestation morbide est un signe évident d'arthritisme, dont il y a à se préoccuper, par les dangers auxquels cette diathèse expose, et une indication à suivre pour l'hygiène et le traitement qu'elle réclame.

Un cas en a été constaté, d'après la lecture de cet article, par un praticien anglais, sur un homme de cin-

quante-neuf ans, le consultant pour une douleur du cou après une récente chute. Une grosseur élastique, indolore et sans changement de couleur de la peau, fut découverte dans la région sus-claviculaire gauche, que cet homme considérait comme une bourse due à son habitude de porter des sacs de blé sur l'épaule de ce côté. Mais une tumeur semblable, quoique moins grosse, du côté opposé, contredisait cette supposition, et l'on ne savait trop à quoi s'en tenir, lorsque cette lecture académique est venue éclairer le diagnostic.

Cet homme a éprouvé en effet des douleurs rhumatismales des membres depuis plus de trente ans et souffre fréquemment de lumbago. Le genou droit et les articulations métacarpo-phalangiennes sont gonflées, avec craquements dans les mouvements, œdème des deux jambes. L'urine pâle, à 1016 de gravité, dépose des lithates. C'est donc bien un véritable *œdème rhumatismal.* (*Lancet*, 2 décembre, p. 962.)

Cette observation d'un obscur praticien de province est un exemple frappant de l'influence décisive qu'une description claire et précise peut avoir sur l'avenir d'une découverte pathologique. Il résulte en effet des recherches bibliographiques du docteur H. Petit que celle-ci, faite en France par le professeur Verneuil, serait d'origine anglaise. Curling en a présenté ainsi deux observations avec autopsie chez deux petits crétins à la Société médico-chirurgicale de Londres en 1850. Vingt ans après seulement, 4 nouveaux faits analogues en sont relatés, toujours chez des crétins, et c'est ainsi que cette tumeur, regardée comme un signe presque pathognomonique du crétinisme sporadique, sans être signalée dans les *Dictionnaires*, fut distinguée par W. Gull de l'état crétinoïde ou myxœdème observé en particulier chez les adultes. Toutefois, l'œdème muqueux, répandu sur toute la surface du corps, a été spécialement signalé comme plus saillant au cou, au-dessus des clavicules, par divers observateurs du myxœdème, mais sans que aucun d'eux, dans les autopsies qu'ils firent, pensât à regarder ce qu'il y avait dans cette saillie sus-claviculaire. (*Gaz hebdom.*, nº 1, 1883.)

Constaté ainsi dans des états différents des deux côtés

de la Manche, ce simple signe pourrait bien servir à éclairer la pathogénie si obscure du myxœdème, dont le froid et l'humidité semblent être les principales causes, comme pour le rhumatisme. Un rapprochement de ces deux affections en serait la conclusion.

S

SANG. Des échantillons du sang de plusieurs animaux envoyés à M. P. Bert par un Français habitant La Paz, située à 3700 mètres d'altitude, lui ont montré, après préparation et examen, qu'il contenait une proportion d'oxygène bien supérieure à celui des animaux de nos contrées. D'après les analyses faites en France et à l'étranger, il n'en absorbe que 10 à 12 centimètres cubes pour 100 de sang. Voici les proportions constatées avec le sang de ces divers animaux d'Amérique :

	c. c.
Vigogne	19,3
Idem	19,0
Lama mâle	21,6
Alpaca	17,0
Cerf	21,4
Viscache	16,2
Mouton	17,0
Porc	21,6

C'est dans cette aptitude du sang à absorber une plus grande quantité d'oxygène que consisterait l'acclimatation dans les hauts lieux, sans ressentir le mal des montagnes : l'*anoxyhémie.* Ainsi le veut la science exacte. (*Acad. des sciences,* mars.)

Crise hématique. Ce nom est donné par le professeur Hayem à l'accumulation passagère des hématoblastes dans le sang, qu'il a observée à la fin des maladies aiguës. Cette modification subite et profonde du sang est si constante et régulière dans son évolution qu'elle peut être assimilée à la crise thermique. C'est un phénomène de réparation ou de reconstitution.

A l'état normal, on compte en moyenne un hémato-

blaste contre vingt globules rouges. Tant que le sang évolue normalement, cette proportion reste à peu près constante. Dans le cours des maladies aiguës, le nombre des hématoblastes devenant relativement plus grand, elle s'abaisse sensiblement. Elle est alors représentée par des chiffres qui varient entre 18 et 12.

Puis tout à coup, à un certain moment, le nombre des hématoblastes augmente rapidement, tandis que celui des hématies reste à peu près invariable. En quarante-huit heures, le chiffre des hématoblastes est doublé; mais, vingt-quatre heures plus tard, il a déjà beaucoup diminué, et il ne tarde pas à revenir d'une manière définitive à son point de départ. Il en résulte que, lorsqu'on représente les fluctuations dans le nombre des éléments du sang sous une forme graphique, la courbe des hématoblastes prend l'apparence d'un pic à sommet très aigu.

Pendant le cours des maladies aiguës, la rénovation sanguine est entravée; elle est, en tout cas, moins active qu'à l'état sain. Mais, au moment où le cycle morbide arrive à son terme, il se fait un effort de réparation qui débute par une production abondante de globules rouges nouveaux, c'est-à-dire d'hématoblastes.

Bientôt ces éléments, encore imparfaitement développés, se transforment en hématies. (*Acad. des sciences*, janvier.)

De la crise hématique dans les maladies aiguës à défervescence brusque. Thèse inaugurale, par le docteur Reyne. Paris, 1881. Exposé du fait précédent avec expériences et observations cliniques.

Hémostase. Quand un vaisseau est ouvert, on sait que le sang s'écoule d'autant plus facilement qu'il est plus fluide, séreux, et s'arrête d'autant plus vite qu'il est épais, plastique, fibrineux. Tous les observateurs ont constaté ce fait à l'œil nu. Il restait à préciser quels étaient les éléments constituants de la virole, du bouchon ou caillot obturateur. Sa consistance et sa couleur décelaient seulement que la fibrine et l'hémoglobine en faisaient partie. Ce n'était pas assez positif. L'ingénieux analyste du sang, M. Hayem, vient de constater expéri-

mentalement, en pratiquant une petite plaie à la jugulaire externe d'un chien, que l'hémorrhagie ne s'arrête que par la formation progressive d'un *clou* dans l'ouverture du vaisseau par l'accumulation des hématoblastes dont il est constitué. La pointe et la portion centrale étaient grisâtres, visqueuses et composées d'une matière en partie granuleuse, en partie amorphe. Les granulations étaient constituées par des amas énormes d'hématoblastes déjà altérés, mais encore très distincts les uns des autres, tandis que la matière amorphe résultait de la confluence en une masse commune et cohérente des hématoblastes les plus altérés.

La tête du clou, rouge à l'extérieur, contenait au centre un prolongement de la matière visqueuse hématoblastique, et à la périphérie des mèches fibrillaires, retenant une grande quantité de globules rouges. Dans toute la portion centrale et, à proprement parler obturante, on n'apercevait que de très rares globules blancs.

Il est donc évident que la fibrine s'est surajoutée à un bouchon condensé, formé presque uniquement d'hématoblastes. C'est la confirmation expérimentale de ce qu'on avait observé depuis longtemps. (*Acad. des sc.*, juillet.)

Différence de l'hémoglobine dans la chlorose et la grossesse. La matière colorante du sang subit une telle diminution chez les femmes enceintes bien portantes que M. Quinquaud a assimilé la grossesse à une chlorose puerpérale. De la quantité normale de 120 grammes par 1000 centimètres cubes de sang, l'hémoglobine tombe ainsi à 67 et même 62 grammes et demi. Cette matière colorante étant fixée dans les hématies ou globules rouges, qui sont en diminution notable dans les deux états, le docteur Willcocks a voulu savoir si cette diminution était la seule cause de l'abaissement de l'hémoglobine. A cet effet, il a examiné le sang de 22 femmes enceintes de vingt à trente ans, pour la plupart venant à la consultation externe de l'hôpital de *King's College*, choisies entre les mieux portantes, à différentes périodes de la grossesse et de 7 à 8 mois chez la majorité. Il a compté non seulement le nombre de globules rouges à une, deux et même trois reprises

différentes chez la même femme; mais il a estimé leur valeur en hémoglobine avec l'instrument de Gowers. Or, tandis que chaque globule rouge avait ici une valeur de 67 à 72 en général, en variant dans quelques cas un peu au-dessous et au-dessus, ceux de 7 jeunes chlorotiques n'avaient qu'une valeur de 35 à 50 avant l'administration du fer. Une différence considérable existe donc sous ce rapport entre les deux tableaux. Non seulement les globules rouges sont moins nombreux chez les chlorotiques, mais ils ont surtout en général une moindre valeur colorante. L'atténuation de l'hémoglobine ou la faiblesse du sang ne dépend pas seulement de la diminution des hématies chez les chlorotiques, mais de la pauvreté de celles-ci.

La pâleur du sang pendant la grossesse provient donc seulement de la diminution des globules rouges, qui restent riches en hémoglobine, tandis que ces globules et leur richesse sont infiniment plus réduits chez les chlorotiques. L'anémie est ainsi plus prononcée et réelle chez celles-ci que chez les femmes grosses. (*Lancet*, 3 décembre 1881.)

Des procédés de dosage de l'hémoglobine. Thèse inaugurale, soutenue à la Faculté de médecine de Nancy, par le docteur E. Lambling, ancien préparateur de chimie à la Faculté. 1882.

Exposition claire et précise des moyens de juger de l'oxydation du sang par la richesse de l'hémoglobine dans les globules. Cette étude de chimie physiologique, appuyée d'exemples et d'expériences sur ce sujet spécial, est certainement des plus intéressantes pour tous les médecins.

SCIATIQUE. 19 fois sur 20 cas de prétendues sciatiques, dit M. J. Hutchinson, il n'y a aucune lésion quelconque du nerf. Ce sont simplement des maladies de la hanche dans ses différentes formes : goutte aiguë ou chronique, goutte rhumatismale ou rhumatisme subaigu, chronique ou sénile. On confond communément tous ces cas sous le nom de sciatique. Ces exemples abondent dans les infirmeries. Certaines affections du

fascia ou du périoste près de la hanche peuvent la simuler également. La véritable sciatique doit être basée exclusivement sur la douleur limitée au tronc du nerf dans la plus grande partie de son étendue. Ces exemples sont rares et les erreurs beaucoup plus fréquentes. (*Med. Times and Gazette.*)

L'auteur confond évidemment ici la névrite avec la névralgie du sciatique. Or tout praticien sait que celle-ci est aussi fréquente que la première est rare. C'est donc bien de la vraie sciatique. Un signe depuis longtemps indiqué par le professeur Lasègue peut lever toutes les indécisions. Il suffit de soulever la jambe atteinte à angle droit sur le tronc. Dans le cas de sciatique vraie, le patient accuse une douleur de plus en plus vive, à mesure que la traction du nerf a lieu, dont il indique le siège précis. Aucune autre affection douloureuse du membre inférieur ne produit le même effet. (*Archiv. de méd.*, mai.)

Étirement sous-cutané du sciatique. Un nouveau procédé des plus simples paraît en vogue en Allemagne : c'est l'élongation de ce nerf sans couteau, ni traumatisme, ni plaie. Le patient, couché sur le dos, est profondément anesthésié, et son fémur est alors fléchi avec un degré de force suffisante contre l'abdomen. La théorie est que, par ce procédé, le sciatique est étiré autour du col du fémur, et la pratique, entre les mains du professeur Nussbaüm, à Munich, et du professeur Billroth, à Vienne, a été des plus satisfaisantes, d'après les résultats obtenus. Il n'y aurait aucun danger, quant à la luxation, la déchirure ou la fracture pouvant résulter de cette violente manipulation. (*Lancet*, 7 janvier.)

M. Dujardin-Beaumetz en a aussitôt fait l'essai dans son service, sur un malade souffrant d'une sciatique depuis deux mois. Après l'anesthésie, sa cuisse fut fortement fléchie contre le tronc, et la jambe étendue sur la cuisse, de manière que le gros orteil touchât l'oreille. Le lendemain, des douleurs ont été ressenties dans les muscles postérieurs de la cuisse au-dessus du creux poplité; mais elles ont disparu dès le lendemain, sans se reproduire depuis.

Mais il ne s'est produit qu'une légère amélioration, de très courte durée, chez un second malade, dont la sciatique, peut-être d'origine médullaire, remontait à trois ans. Un craquement de mauvais augure se manifesta pendant l'opération, sans aucun accident ultérieur. Il n'en faut pas moins être très modéré dans cette manœuvre de force, par crainte de déterminer des luxations ou des ruptures musculaires, comme elles ont lieu constamment sur le cadavre, en raison de la résistance du tissu musculaire et aussi de son refroidissement. (*Soc. de thérap.*, 8 mars.)

Elongation. C'est au contraire en découvrant le nerf, selon le procédé ordinaire, que M. Davidson obtint deux guérisons remarquables, chez des hommes de soixante-deux ans et soixante-cinq ans. Un autre, de trente-cinq ans, fut guéri également. Mais ce qui manque est de savoir combien la guérison a duré et s'il n'y aura pas de récidive. C'est ce point essentiel qui reste à élucider. (*Idem*, nº 4.)

Il y aurait au moins lieu de distinguer l'origine de la maladie, avant de recourir à une opération aussi grave et qui ne guérit pas constamment. En effet, dans deux cas d'élongation de ce nerf contre des sciatiques rebelles, M. Blum n'a obtenu la guérison que dans le premier, trois mois après l'opération. Elle se maintenait deux ans et demi plus tard.

La sciatique était probablement symptomatique d'une affection vertébrale dans le second cas, car l'amélioration ne fut jamais complète, et l'autre membre s'est pris consécutivement. Si donc l'efficacité de ce moyen radical n'est plus douteuse, il convient du moins de ne pas l'appliquer indistinctement. La sciatique idiopathique en est seule justiciable, tandis que les douleurs fulgurantes des ataxiques n'en sont nullement améliorées. (*Soc. de chirurg.*, mars.)

Un succès remarquable en a été obtenu sur une femme de cinquante-quatre ans, ayant subi plusieurs traitements depuis deux ans qu'elle était dans les hôpitaux pour sa sciatique. Le 21 octobre 1881, le docteur Truman procéda à l'élongation sous le nuage phéniqué, et

un mois après l'opérée quittait l'hôpital parfaitement guérie. (*Lancet*, 1er juillet.)

SCLÉRODERMIE. A en juger par l'analyse très bien faite des dernières études sur cette maladie de la peau, on n'a encore que des données bien incertaines et contradictoires sur son origine et sa nature. Découverte par Thirial sous le nom de sclérème des adultes, elle a reçu son vrai nom de Gintrac, sans que, malgré cette dénomination française et les nombreuses observations de l'étranger, on puisse lui découvrir une origine commune, uniforme. Les différences et les contradictions constatées sont encore plus nombreuses que ses analogies, et les diverses interprétations théoriques émises sur son mode de production n'ont encore pu rendre compte de tous les cas, malgré son siège externe. Le plus grand doute existe donc sur sa pathogénie. (*Archiv. de méd.*, janvier.)

De l'incertitude et le vague qui règnent à ce sujet résulte la facilité de lui assimiler des affections nouvelles, aussi étranges dans leur apparition qu'inconnues dans leur essence. Le myxœdème des Anglais est ainsi pour M. Bouchut, sans l'avoir jamais observé, une simple sclérodermie. Le siège particulier de celui-ci à la face, tandis que l'autre siège spécialement aux membres, suffirait à les distinguer à première vue. Mais le nom de cachexie pachydermique, qui lui a été donné en France, tend à rapprocher ces deux affections, ayant bien d'autres caractères communs. L'influence uniforme du froid humide sur leur production, l'abaissement général de la température qui en est la conséquence, et leur prédilection marquée pour la femme en sont les plus saillants, avec leur ténacité, leur résistance aux divers moyens de traitement. (Voy. MYXOEDÈME, 1881.)

Une autre affection, bien plus étrangère en apparence, lui a été également assimilée : c'est la striction spontanée, l'étranglement des doigts et des orteils, pouvant envahir jusqu'aux membres et déterminant leur amputation spontanée ou leur chute. Une certaine analogie existe sous ce rapport avec la variété de sclérodermie dactylienne signalée par quelques auteurs. C'est, avec la len-

teur du développement et la marche du mal, à peu près le seul trait de ressemblance avec l'*ainhum* des nègres du Brésil. L'exemple récent et curieux de cette altération, observé en France, semble devoir justifier cette assimilation et expliquer plus rationnellement les amputations spontanées congénitales. (*Voy. ce mot.*)

Puissent ces divers rapprochements éclairer la pathogénie de la sclérodermie et surtout son traitement !

SCROFULOSE. L'inoculation est employée aujourd'hui comme le réactif par excellence pour résoudre toutes les questions cliniques, même les plus compliquées. Elle est mise au-dessus de toute autre épreuve. Lorsque vint d'Allemagne, au nom de l'histologie, la doctrine de l'identité de la scrofule et du tubercule, elle a été aussitôt arrêtée à l'importation française, par cette épreuve histologique que la cellule géante comme le follicule d'origine non tuberculeuse ont une structure anatomique semblable à ces mêmes productions pathologiques véritablement et réellement tuberculeuses. La clinique étant aussi insuffisante à trancher la question, elle était restée à l'étude. M. Hipp. Martin la résout d'une façon bien simple par des inoculations *en séries*, c'est-à-dire répétées successivement sur plusieurs animaux, pour mieux démontrer l'identité du produit inoculé.

Il inocule ainsi par injections, dans le péritoine d'un cobaye adulte, 20 centigrammes de pus crémeux, pris dans l'unique ganglion sous maxillaire, trouvé à l'autopsie d'une fille de quatre ans, morte d'une bronchopneumonie rubéolique, dans la clinique des Enfants trouvés. Elle avait présenté tous les symptômes de la scrofule pendant sa vie, et nulle trace de tubercule ne fut trouvée après la mort.

Néanmoins le cobaye inoculé mourut bientôt, avec des granulations tuberculeuses à la surface du foie, sur tout avec des tubercules transparents dans les poumons et d'autres organes. 20 centigrammes de ces lésions sont inoculées à un second cobaye, qui meurt subitement, soixante-neuf jours après, en offrant des altérations identiques au premier, lesquelles, inoculées à un troisième cobaye, les reproduisent de même à sa mort. D'où la

preuve et la conclusion que la scrofule ganglionnaire de l'enfant contenait des germes tuberculeux.

La confirmation fut aussi facile. On introduit dans le péritoine d'un cobaye adulte un fragment du doigt médian, qui venait d'être amputé sur une orpheline des Enfants trouvés, âgée de treize ans, avec tous les caractères de la scrofule, mais sans engorgement ganglionnaire. Il n'y avait ni cellules géantes, ni follicules tuberculeux dans le voisinage de l'os nécrosé. L'animal meurt cinq semaines après, avec une tuberculose généralisée, et, un ganglion mésentérique de celui-ci ayant été introduit de même à un second et de celui-ci à un troisième, les mêmes phénomènes se reproduisirent uniformément.

Telles sont les preuves de la scrofule tuberculeuse, car, dit l'auteur, le tubercule engendre seul du tubercule, et tout corps étranger non tuberculeux, quel qu'il soit, s'il donne quelquefois des lésions pseudo-tuberculeuses, généralisées chez un premier animal, perd infailliblement toutes ses propriétés de généralisation lorsqu'on a recours à la méthode des inoculations en séries. Et il le démontre aussitôt par la relation de plusieurs inoculations semblables faites avec des corps étrangers, comme la poudre de lycopode et de cantharides, des fragments pathologiques divers, épithéliomateux et même cancéreux, sans que la vie ait été compromise, ni que des lésions tuberculeuses se soient manifestées. (*Revue de méd.*, avril.)

De par les inoculations en séries, voilà donc la scrofule taxée d'être sous la dépendance du virus tuberculeux, comme la tuberculose; mais, comme dans certaines de ses manifestations elle en paraît exempte, ces inoculations pourront seules fournir les éléments d'un diagnostic indiscutable. Le cobaye ou le lapin serviront ainsi de réactifs aux scrofuleux dont on voudra connaître les propriétés virulentes. Devant la clinique insuffisante, ce sera l'épreuve infaillible.

Scrofulose oculaire. L'œil et la région orbitaire sont le siège de prédilection d'une série de lésions spéciales, superficielles ou profondes, alternantes, dont l'évolution sourde, la marche insidieuse, opiniâtre, constituent des

caractères communs. Elles se développent spécialement dans l'enfance et l'adolescence, en se rattachant à un caractère commun : la diathèse scrofuleuse. Les ostéites scrofuleuses, sur le bord externe ou supérieur de l'orbite, sont fréquentes, avec formation d'abcès produits par des caries qui demandent souvent plusieurs années pour se guérir.

Ces altérations rappellent la syphilis, suivant M. Galezowski, dont elles formeraient les accidents tertiaires. Telles sont les périostites, les exostoses du pourtour orbitaire externe qui lui sont spéciales. Une analogie, une parenté incontestable existent entre ces deux diathèses, dans ces affections en particulier. La scrofule n'est ainsi que la fille heureusement dégénérée de son aïeule la syphilis. Ce sont, comme disait spirituellement Ricord, des scrofulades de vérole. L'hérédité peut être directe ou par atavisme. La génération, dans ce cas, modifie la syphilis, crée un métis et produit une fille mal née, malvenue, la scrofulose.

De là le traitement spécifique à appliquer contre ces affections. Un enfant né de parents jeunes, vigoureux, bien constitués, sans aucun symptôme diathésique, était à peine guéri d'une coxalgie qu'une kératite y succédait, suivie d'une carie osseuse péri-orbitaire. Le grand-père de ce petit malade avait été atteint, avant son mariage, d'une syphilis excessivement grave. Un traitement spécifique fut institué, qui guérit complètement l'enfant.

Cette conséquence thérapeutique est on ne peut plus juste et vraie ; les affections scrofuleuses invétérées ne guérissent souvent que par le mercure. Il faut envoyer les malades, s'ils le peuvent, dans les pays chauds, vivre au grand air, au soleil, en leur administrant des toniques, l'huile de foie de morue, l'hydrothérapie, mais surtout du mercure, à l'intérieur ou en frictions, selon la gravité du mal.

Un médecin de soixante-deux ans qui avait conservé, depuis son enfance, une adénopathie cervicale double, très volumineuse, malgré les traitements les plus divers, ayant eu la faute et le malheur de contracter la syphilis, suivie d'une choroïdite spécifique, fut soumis aux fric-

tions quotidiennes avec 4 grammes d'onguent napolitain. Non seulement les accidents syphilitiques disparurent; mais, malgré leur organisation ancienne, les glandes cervicales diminuèrent graduellement et disparurent, à son grand étonnement, comme à sa satisfaction.

Cette filiation est encore démontrée par l'exemple d'un vieux monsieur présentant un vaste ulcère allant de la paupière inférieure à la moitié supérieure de la joue. C'était un impétigo rodens eczémateux, dont le siège est particulier à cette région. Malgré les dénégations énergiques du malade sur l'origine syphilitique de cet ulcère, qui avait résisté au traitement de plusieurs médecins éminents, les frictions mercurielles furent prescrites et, après dix-huit mois de fréquentes visites à la clinique, cet homme était presque guéri. Il n'y a donc pas à hésiter, en pareil cas, à recourir à ce traitement. (*Journal de thérap.*, nº 3.)

SPLÉNECTOMIE. D'un tableau synoptique et analytique de 29 excisions de la rate, dressé par M. Herbert Collier, il résulte que sur 13 de ces opérations, exécutées pour diverses conditions morbides de la rate, sans leucocythémie, il y eut 8 guérisons et 5 décès; tandis que, sur 16 opérations faites contre la leucocythémie, tous les opérés succombèrent invariablement. D'où la conclusion, admise par tous les cliniciens, que ce grave traumatisme n'est pas indiqué contre la leucocythémie.

Cette statistique est malheureusement incomplète, car, d'après le docteur Nussbaüm, cette opération a été exécutée, depuis 1867, 22 fois pour des maladies de cette glande et 26 fois pour des blessures, dont 16 guérisons. La conclusion tirée de la précédente statistique contre la leucocythémie en particulier n'est donc pas aussi probante qu'elle le paraît, puisqu'elle ne comprend pas le résultat de toutes les opérations. (*Lancet*, 11 février.)

A défaut d'avoir consulté cette contre-indication, M. W. Haward a subi un nouvel insuccès, chez une femme de quarante-neuf ans, n'ayant jamais eu de fièvres intermittentes. Souffrant du côté gauche depuis un an et demi, et une tumeur croissante s'y étant montrée depuis dix mois, dont le poids seul l'incommodait, elle entra

à l'hôpital Saint-Georges pour en être débarrassée. La tumeur, ferme, bien limitée et légèrement mobile, dépassait de trois pouces le milieu du ventre et descendait des fausses côtes jusqu'à l'aine. Absence de palpitations et de dyspnée; pas d'hémorrhagies, depuis trois ans que les règles ont cessé, ni d'anémie appréciable.

Une incision s'étendant à deux pouces au-dessous de l'appendice xyphoïde jusqu'à deux pouces au-dessus du pubis, faite sur la ligne blanche, mit rapidement la rate à nu et sans adhérences. Une déchirure à la partie inférieure et une hémorrhagie furent les seules complications de l'opération; mais, alors que le pansement se terminait, l'opérée tomba soudainement dans le collapsus, et malgré la respiration artificielle et une injection d'éther, les vomissements survinrent, et elle succomba dans la soirée. Si le chloroforme eût été administré au lieu de l'éther, on n'eût pas manqué d'attribuer le shock à son emploi, dit M. Lister. La rate fut trouvée simplement hypertrophiée à l'œil nu et au microscope; mais une augmentations des leucocytes dans le sang suffit à faire condamner l'intervention opératoire, d'après la statistique précédente, la leucocythémie en étant généralement regardée maintenant comme une contre-indication formelle.

A l'appui, le docteur Steph. Mackensie cite le cas d'un jeune homme ayant une rate volumineuse, avec anémie et œdème, dont le sang contenait un leucocyte sur 7 à 8 globules rouges. Il demandait à être opéré et fut envoyé à *London Hospital* à cet effet. Soumis préalablement à un bon régime et au fer, il vit son état s'améliorer rapidement, les hématies augmentèrent du double, avec diminution de l'œdème. L'opération eût donc été encore fatale dans ce cas. (*Soc. clinique*, 24 mars.)

SYPHILIS. Le virus si redoutable et indéterminé jusqu'ici de cette épouvantable maladie serait enfin trouvé! Le docteur Martineau, médecin de Lourcine, en a annoncé la découverte par une communication académique destinée à un grand retentissement. Ayant excisé un chancre induré le 29 avril 1882, il est parvenu, en le plaçant dans un ballon rempli d'un bouillon de culture suivant la méthode pastorienne, à mettre en évidence, dès le len-

demain, de nombreuses bactéridies, sous forme de bâtonnets, du diamètre d'un globule sanguin et de longueur variable, composés d'une matière claire, sans trace de noyau, d'enveloppe ni de granulation.

Pour tout œil non prévenu et exercé, ce serait là de simples flocons ou filaments nuageux, dont les mouvements lents et presque inperceptibles résultant de leur oscillation au milieu du liquide ne sauraient constituer les caractères d'un être organisé et vivant. Mais, ô merveille ! il suffit d'injecter une certaine quantité de ce liquide, dans le tissu cellulaire de la région pénienne d'un petit cochon de cinq mois pour observer les mêmes bactéridies, dès le lendemain encore, dans le sang de l'animal.

A défaut d'avoir constaté préalablement qu'il n'en contenait pas, on pourrait récuser la filiation ou la mettre en doute ; mais la preuve s'en montra un mois après l'inoculation. Des manifestations cutanées syphilitiques papulo-squameuses, que ni vétérinaires ni médecins n'avaient jamais observées sur le porc, apparurent sur le ventre, en même temps que la chute des poils. Et, pour en établir la nature spécifique, une aiguille à vaccin, ayant été chargée de la sérosité d'un chancre infectant, fut introduite à la même place, sur un autre cochon de quelques semaines, et non seulement son sang présenta de nouveau des bactéridies *analogues* le quatrième jour, mais les manifestations cutanées ensuite. D'où la confirmation que c'est bien là le corps essentiel du délit, le microbe infectieux transmissible au porc.

Il est vrai que ces manifestations syphilitiques du cochon ont été purement éphémères et qu'en faisant inoculer ce liquide de culture à un porc et à un chevreau, par un professeur de l'Ecole d'Alfort, M. Nocard ne constata ni bactéridie dans leur sang, ni aucune éruption cutanée consécutive. Ces expériences semblaient donc invalidées, lorsque l'auteur vient d'annoncer qu'il avait réussi à inoculer la syphilis directement de la femme au singe : ce qui ne prouve rien en faveur de la prétendue bactéridie syphilitique, qui pourrait bien n'être qu'une nébulosité de plus. (*Acad. de méd.*, septembre.)

Topographie des syphilides. Dans leur distribution

sur les différentes régions du corps, ces éruptions présentent certaines particularités qui ne se retrouvent pas dans les autres affections de la peau. Le docteur Mauriac, de l'hôpital du Midi, leur assigne les sièges suivants, d'après leur nature :

La *syphilide érythémateuse* se rencontre principalement sur le tronc et les flancs, la partie interne des membres et plutôt celle qui se fléchit que celle qui s'étend.

La *forme papuleuse* a son siège de prédilection sur la face, les ailes du nez et le front, à la racine des cheveux en particulier, la partie supérieure du cou, le tronc et sur les membres, dans toutes les directions.

La *forme écailleuse*, avec toutes ses variétés, envahit principalement la paume des mains et la plante des pieds.

Les *syphilides pustuleuses, superficielles et impétigineuses*, affectent le cuir chevelu, la barbe et en général les régions recouvertes de poils.

L'*ecthyma* et le *rupia* attaquent de préférence les membres et en particulier les membres inférieurs.

Les *éruptions tuberculeuses* sont disséminées sur tout le corps.

Toute la surface cutanée peut donc se recouvrir d'éruptions syphilitiques. Quelques parties semblent pourtant former exception à cette règle, comme la région claviculaire et sternale, où les éruptions simples et parasitiques seules sont communes. De même du dos de la main. Les éruptions papulo-squameuses ne se rencontrent jamais à la surface de l'extension des membres, au moins systématiquement, comme dans le psoriasis. Les orifices naturels : les lèvres, les narines, la gorge, la vulve et l'anus, sont le siège de prédilection des premières éruptions syphilitiques, comme les plaques muqueuses en particulier. La forme circulaire de l'érythème simple se rencontre sur toutes les parties du corps indistinctement, tandis que la même forme érythémato-papuleuse syphilitique affecte de préférence la nuque, les joues, le front, les voisinages de la partie antérieure et interne des membres et des fesses. Les syphilides tardives, affectant profondément les tissus, apparaissent sur le nez, les lèvres, le crâne, le sternum, la clavicule, les fesses et plus fré-

quemment près des articulations des membres plutôt que sur les cuisses. (*Leçon clinique*, novembre.)

Arthropathies. Deux formes en sont distinguées par Schuller, selon qu'elles résultent de la syphilis secondaire acquise ou de la syphilis héréditaire. Dans la première, c'est une inflammation séreuse aiguë, apparaissant en même temps que l'exanthème, et frappant plusieurs articulations à la fois. C'est une simple synovite séreuse. Contre ceux qui doutent de sa nature spécifique, l'auteur allemand affirme le contraire sans preuves.

L'arthrite séreuse, subaiguë ou chronique, mono-articulaire, est plus fréquente dans la syphilis tertiaire. Elle amène un épaississement de la capsule et une prolifération des franges papillaires de la synoviale, produisant un frottement caractéristique. La synovite panneuse ou papillaire se caractérise par une douleur relativement intense, le frottement, l'insuccès de la thérapeutique ordinaire et l'absence de suppuration.

L'arthrite gommeuse succède aux précédentes par la présence de la gomme dans l'articulation ou autour d'elle. Elle se reconnaît aisément par les symptômes cliniques ordinaires de la gomme et la suppuration. Des pertes de substances ulcéreuses du cartilage ont même été observées.

L'arthrite peut enfin être provoquée parfois par la périostite, l'ostéite, ou l'ostéo-myélite d'un os voisin.

Dans la syphilis héréditaire, l'arthrite séreuse, subaiguë, décrite par Hueter, chez les enfants syphilitiques, n'a qu'un faible exsudat. Dans un cas où la suppuration semblait imminente par les symptômes généraux, la résection ayant été pratiquée, l'auteur ne rencontra qu'une injection de la synoviale remplie d'un peu de liquide louche. D'où l'indication de ne pas intervenir hâtivement.

L'arthrite gommeuse ne se distingue pas de la précédente, et l'arthrite consécutive à l'inflammation des os n'est justifiée que par le fait d'une fillette qui souffrait d'une ostéite syphilitique du fémur.

L'arthrite produite par une lésion épiphysaire spéci-

fique est toute spéciale à la syphilis héréditaire. Elle commence par une tuméfaction notable et rapide de l'épiphyse avec synovite consécutive; puis la capsule s'épaissit, l'articulation se fléchit et devient douloureuse sans fièvre. Le décollement du périoste et la suppuration peuvent survenir avec séparation de la diaphyse. (*Archiv. de Langenbeck* et *Gaz. hebd.*, n° 44.)

TRAITEMENT. *Excision abortive du chancre induré.* Cette méthode curative n'est évidemment rééditée qu'à la faveur des nouvelles doctrines solidistes, qui fixent maintenant le virus syphilitique, comme les autres, l'infection et la contagion, sous la forme infinitésimale et imperceptible d'un microbe spécifique. On imagine facilement ainsi, qu'il se localise dans le chancre induré, première manifestation sensible de la contagion pendant un certain temps, comme celui de la tuberculose locale. Il paraît dès lors aussi rationnel d'enlever le premier que d'exciser les secondes, en vue d'éviter l'infection secondaire, la généralisation du mal par la prolifération des microbes.

De là sans doute, avec l'influence du voisinage de la pratique allemande, ce qui a provoqué les recherches du docteur P. Spillmann, de Nancy, sur ce sujet. L'opération consiste à saisir le chancre nouvellement apparu avec une pince à griffe, et, en le soulevant fortement, à exciser d'un coup de bistouri toutes les parties malades. La douleur est amoindrie par l'anesthésie locale; aucune hémorrhagie importante n'en est résultée, malgré la profondeur de l'ablation des parties indurées, et il a suffi, après avoir lavé la plaie avec une solution phéniquée au millième, d'en réunir les bords par une suture en fil d'argent, pour que la réunion immédiate s'en effectue rapidement, sans que les opérés aient cessé de travailler.

Sur 8 syphilitiques ainsi traités en 1881, du dixième au quinzième jour de l'apparition du chancre induré, et alors que la confrontation, l'inoculation et l'examen histologique en établissaient le caractère infectieux, la cicatrice était à peine visible un mois après, quel que fût le volume du chancre. La plaie suppura dans un seul cas, par suite de l'emploi d'une éponge sale dans le

premier pansement. Aucune manifestation syphilitique n'a paru ensuite, et la cicatrice est restée souple, sans aucun accident consécutif. La date récente de la guérison ne garantit pas malheureusement contre les dangers de la récidive. (*Revue méd. de l'Est.*)

Injections hypodermiques d'iodoforme. L'application externe de l'iodoforme contre les affections vénériennes et syphilitiques a conduit le docteur Thomann, de Graz, à l'essayer sous cette nouvelle forme. Une solution de 6 parties sur 20 de glycérine, ou dans l'huile d'amandes douces, lui servit à cet effet à la dose croissante de 30 centigrammes à 75. Après dix à douze injections sur diverses parties du corps, dans des cas de syphilis constitutionnelle, la plupart des symptômes sont disparus, sans suppuration locale ni aucun accident, sinon une douleur passagère. La solution huileuse en est spécialement passible. Aucun trouble de la santé générale, ni action narcotique, ni effet sur la température et le pouls, ni la moindre odeur de l'haleine n'en résultèrent, bien que l'urine contînt des traces d'iode deux jours après l'injection.

Injections de peptone mercurique. L'auteur revient pour la troisième fois sur leurs avantages, en invoquant une nouvelle série de 600 malades, ayant reçu plus de 11 000 de ces injections sans aucun accident. Un diabétique, rendant jusqu'à 60 grammes de sucre par litre, n'a même pas vu survenir de phlegmon. La salivation n'est apparue que chez les sujets présentant des altérations préalables de la bouche, dues à l'alcool ou au tabac.

Une expectation de huit jours a montré que le régime hospitalier était sans influence sur le poids des syphilitiques, le nombre de leurs globules sanguins et la qualité de leurs urines. Traitant les uns par les injections de sublimé à 5 milligrammes par jour, d'autres avec pareille dose de peptone ammonique mercurique, par la voie gastrique, et un autre tiers par une friction de 5 grammes d'onguent napolitain, M. Martineau s'est assuré que, dans les trois séries, l'augmentation de poids était sensible, ainsi que le nombre des globules,

l'abondance des chlorures et de l'urée dans l'urine. Mais les malades recevant des injections hypodermiques offraient ces modifications au plus haut degré, sans traces d'intolérance mercurielle, suffisant à entraver toutes ces améliorations. (*Soc. méd. des hôp.*)

30 malades traités avec ces injections, par M. Vidal, à l'hôpital Saint-Louis, ont vu disparaître leurs accidents. Les dyspeptiques et tous ceux qui présentent de l'intolérance des voies digestives peuvent être traités avec plus d'avantage par cette voie que par l'estomac. Un cas de syphilome lingual ancien fut considérablement amélioré en quinze jours.

Les seules précautions à observer sont de filtrer la solution et de la préparer presque tous les jours, en ne l'injectant que dans les parties charnues en plein tissu cellulaire sous-cutané. Une vive douleur et des nodosités plus ou moins persistantes en sont résultées parfois sans abcès. 4 malades atteints de gingivite antérieure ont eu une salivation assez intense. Il suffit pour la prévenir de faire frotter les gencives toutes les deux heures avec la poudre suivante :

Poudre de quinquina	3 parties.
Poudre de ratanhia	1 —
Chlorate de potasse pulvérisé	1 —

(*Soc. de thérap.*, janvier.)

Injections hypodermiques d'albuminate de mercure. Tandis que M. Martineau, à Lourcine, préconise l'emploi des peptones mercuriques (Voy. *année* 1881), le docteur Gourgues, à Saint-Lazare, déclare les avoir trouvées infidèles, s'altérant facilement et déterminant ordinairement des accidents locaux. Il leur préfère l'albuminate, dont voici la formule :

Bichlorure de mercure	1 gramme.
Eau distillée	20 —

Faire dissoudre et ajouter :

Blanc d'œuf, soit	20 grammes.

Agiter le précipité formé et ajouter la solution de :

Chlorure de sodium, sel marin............... 2 grammes.
Eau distillée.............................. 60 —

Agiter le mélange et filtrer.

Ajouter de l'eau distillée jusqu'au poids total de 130 grammes, soit une solution légèrement visée au titre de 1 centigramme d'albuminate de mercure pour 1 gr. 30 de liqueur que contient la seringue.

Employées tous les quatre jours en moyenne, sur un grand nombre de filles syphilitiques, dont 26 observations sont relatées, ces injections, pratiquées sur les fesses ou dans les masses musculaires du dos, n'ont jamais amené aucun accident local ni déterminé de salivation. Six à huit ont suffi à amender les accidents, soit 8 à 10 centigrammes d'albuminate en moyenne pour le traitement, sans aucune application complémentaire. (*Bull. génér. de thérap.*, nº 2.)

C'est aux praticiens de comparer et de choisir entre ces deux préparations.

Syphilis cérébrale. Les cas de guérison en sont d'autant plus intéressants que le diagnostic est le plus souvent incertain, sinon impossible, et le traitement institué par essai, comme dans l'exemple suivant :

Une femme d'une cinquantaine d'années est apportée, le 16 octobre, à l'hôpital Saint-Antoine, placée dans le service du docteur d'Heilly, dans un état d'idiotisme complet. Gâteuse, elle ne répond que par des sanglots et des grognements inintelligibles. Facies hébété, décubitus dorsal avec mouvements des membres. Légère hémiplégie faciale droite incomplète. Aucune trace extérieure, ni cicatrice, n'existe sur le corps, sauf une large cicatrice blanche rayonnée sur la partie antéro-supérieure du crâne du côté droit, s'étendant sur 8 centimètres de long en arrière, avec une largeur de 4 à 5. Les os sous-jacents, auxquels elle adhère intimement, sont légèrement tuméfiés, avec cheveux courts et clairsemés.

Cet unique indice fait penser à une syphilis cérébrale, quoique sans pléiade ganglionnaire dans l'aine. Dès le 20 octobre, le traitement spécifique est insti-

tué, avec 4 grammes d'onguent napolitain en frictions et 3 grammes d'iodure de potassium en potion. Quatre jours après, l'amélioration est considérable. Une interrogation brusque amène aussitôt une explosion de sanglots; mais, en répétant les questions avec douceur, on obtient des renseignements assez nets; elle a recouvré une partie de son intelligence et exécute facilement tous les mouvements qu'on lui commande spontanément; elle accuse de grandes douleurs dans la tempe et la région massétérine gauche, des fourmillements très pénibles dans la main gauche, dont la sensibilité est affaiblie.

Le 25 octobre, l'amélioration eontinue. 5 grammes d'iodure de potassium et frietions avec 8 grammes d'onguent napolitain.

Le 26, la douleur de la tempe a disparu; il ne reste que des phénomènes douloureux, qui surviennent par accès vers le sommet de la tête et que la malade compare à des coups de marteau. L'intelligenee est revenue presque complète, et l'on obtient ainsi la confirmation d'une syphilis ancienne, démontrée par le succès du traitement.

Son siège dans la région bulbo-médullaire a été constaté par les symptômes chez un laboureur de vingt-sept ans. Six mois après un ehancre, et alors qu'il était en pleine période secondaire, affirmée par la cicatrice indurée du gland, des papules syphilitiques de la verge et des plaques muqueuses dans la gorge, un affaiblissement général se manifeste avec faiblesse des jambes, douleurs laneinantes et incoordination motrice des plus accusées. Quinze jours après son entrée à l'hôpital Cochin, serviee de Bucquoy, et pendant qu'il était soumis au traitement de 2 cuillerées de sirop de Gibert par jour, il est pris d'accidents qui rappellent la paralysie labio-glosso-laryngée au début : les lèvres sont parésiées, ne peuvent plus retenir les boissons ni les solides, qui s'écoulent au dehors; la langue est lourde, le malade ne peut prononcer les *b* et les *p*. Deux mois après, à la suite d'administration de l'iodure de potassium, le malade était complètement guéri. L'existence de signes médullaires précoces chez un syphilitique, leur disparition complète après deux

mois de traitement, quatre mois après leur début, voilà les deux raisons pratiques qui rendent cette observation doublement intéressante. (*Revue de méd.,* août.)

Manifestations tardives. Elles ont été observées chez le frère et la sœur, le premier âgé de onze ans, et la seconde de neuf. Le père, maladif et alcoolique, avoue un chancre pour lequel il se soumit à un traitement spécifique, tandis que la mère n'a jamais éprouvé aucun accident et conservait une santé parfaite. De ses cinq enfants, trois sont morts peu après leur naissance, et sa fille, atteinte de kératite légère, devint très malade à quatre ans. En 1877, un gonflement notable apparut à l'extrémité inférieure de l'humérus droit, avec suppuration au bout d'un an et issue spontanée de petits séquestres. Perte des dents à sept ans. Rien à l'anus ni à la vulve.

En janvier 1882, le frère, pour la première fois, éprouva de vives douleurs dans les cuisses. A son entrée à l'hôpital Trousseau, le 10 mars, M. Lannelongue constate une hyperostose à la portion terminale des deux fémurs, avec douleurs fugaces, sourdes et surtout nocturnes. Une tumeur molle, existant depuis un an en haut et en arrière de la fosse temporale droite, présentait les mêmes caractères, avec céphalée, vertiges et étourdissements confirmatifs.

Outre ces lésions osseuses, l'appareil dentaire offrait des dépressions caractéristiques. Desquamation de la langue au centre, avec de petites rainures ; crête palatine très saillante ; papules jaunâtres, avec de légères fissures aux commissures labiales.

Malgré cette apparition tardive, des frictions mercurielles et l'usage interne de l'iodure de potassium ont amené la disparition de tous ces accidents, deux mois après l'entrée à l'hôpital.

Les accidents étaient moins caractéristiques chez une fille de onze ans, en raison de son aspect scrofuleux. Atteinte de coryza chronique datant de trois ans, elle présenta, à son retour de Berck-sur-Mer, un ventre énorme. A l'examen, le 16 avril, M .Cadet de Gassicourt constate une dureté ligneuse du foie, avec nodosités dures et de volume variable à son bord tranchant. Des

hyperostoses à l'extrémité inférieure des deux fémurs et à la partie supérieure de chaque tibia, ainsi qu'une altération marquée des dents, donnaient un caractère spécifique à la lésion hépatique, de même que plusieurs stigmates cutanés. Mais le défaut de renseignements sur la santé des parents ne permet pas de préciser l'hérédité syphilitique, aussi positivement que dans les cas précédents. (*Revue médicale.*)

Syphilis et scrofule. Voy. SCROFULOSE OCULAIRE.

Syphilis héréditaire. Le cadre s'en étend tous les jours, sous l'observation féconde du professeur Parrot. Après y avoir fait entrer les ostéophytes du crâne, les lésions dentaires, voici qu'il étudie celles de la langue des enfants, pour en faire un nouveau signe, comme M. Diday a considéré les enchifrènements chroniques et d'autres affections du nez. L'état lichénoïde de la langue, signalé par Gubler et étudié depuis complètement, comme étant sans rapport avec la syphilis, en devient un signe apparent sur l'autorité officielle du maître. La description en devient donc indispensable sous son nouveau nom.

Syphilide desquamative de la langue. Elle se distingue par une petite tache blanche comme une tête d'épingle, paraissant à la pointe de la langue et résultant d'un épaississement de l'épithélium. Sa chute est remplacée en un jour ou deux par un point rouge entouré d'une zone blanche, produite par l'extension périphérique, de l'épaississement de l'épithélium ; en gagnant sans cesse, elle n'est plus circinée et se divise en demi-cercles ou croissants plus ou moins réguliers, dont la concavité est toujours dirigée vers la partie antérieure de la langue. C'est son caractère distinctif.

Cette évolution dure en moyenne cinq ou six jours et la muqueuse reprend bientôt sa coloration et son aspect normal ; mais de nouvelles taches apparaissent souvent à la pointe, avant que l'autre soit terminée, et cette éruption, semblable à la précédente, se répète ainsi indéfiniment à des intervalles plus ou moins espacés, sous forme de poussées dont la cause est inconnue et qui peuvent durer pendant sept à huit ans.

En se montrant exclusivement chez les enfants de six mois à trois ans, époque où les manifestations syphilitiques sont très fréquentes, cette affection se rencontre principalement chez les enfants syphilitiques. Sur une trentaine de cas observés, 28 se rencontraient avec d'autres signes non douteux de syphilis héréditaire. C'est là l'unique raison qui a conduit M. Parrot à en faire un attribut spécial. L'apparition d'affections analogues de la langue chez les enfants, à la suite des maladies fébriles et des fièvres éruptives, commandait d'être plus réservé pour ranger celle-ci dans la syphilis, surtout si elle ne disparaît pas avec elle sous l'influence du traitement. Son défaut de communication, de contagion est une autre raison de suspendre au moins son opinion. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, février.)

Syphilis du cœur. En 1878, un officier de cinquante ans présente de la dyspnée et des palpitations, sans hypertrophie du cœur ; pouls irrégulier et dépressible ; bruits affaiblis à la pointe, avec dédoublement du premier bruit au niveau du ventricule droit.

En mars 1879, le cœur est augmenté de volume, avec souffle diastolique à la pointe. Hypertrophie du foie, urine albumineuse, jambes œdématiées. La digitale fait disparaître ces accidents. Mais ils reparaissent trois mois après, et le même traitement en obtient encore raison.

En mars 1880, le souffle n'est plus exactement diastolique ; il a son maximum au niveau de l'artère pulmonaire et s'est rapproché du premier bruit. Dilatation du cœur avec pulsations épigastriques intenses.

Assez obscurs, ces accidents cardiaques sont éclairés par l'apparition d'une périostite douloureuse à la face antérieure du tibia droit. Des cicatrices récentes sur les bords de la langue et des ulcérations au dos achèvent le diagnostic. Neuf ans auparavant, le malade a été traité pour un chancre suivi de roséole et s'est marié ensuite. L'iodure de potassium est prescrit par le docteur Mayer, et les douleurs de jambe disparaissent aussitôt. Dès le 22 juillet, la pulsation anormale du ventricule droit a diminué notablement, mais le soufle persiste encore. Frictions mercurielles et bains sulfureux, avec iodure de

fer à l'intérieur ensuite. L'iodure de potassium est repris en novembre.

Un nouvel examen, fait le 6 décembre, permit de constater une grande diminution du souffle cardiaque; les bruits sont mieux frappés et distincts, plus de palpitations. Pouls régulier; respiration libre; l'œdème et l'albuminerie ont disparu. Cette remarquable guérison indique donc bien la nature de la maladie. (*Archiv. de méd.*, août.)

Syphilis chez la femme. Quoique se comportant, ainsi que toutes les autres maladies virulentes et contagieuses, chez la femme comme chez l'homme, à de légères différences près, il n'est pas moins important de signaler celles-ci. La forme aphoristique, choisie par le professeur Fournier, pour marquer les principales, convient d'autant mieux ici qu'elle les grave plus profondément dans l'esprit que les plus savantes et éloquentes leçons par leur diffusion.

Toutes choses égales d'ailleurs, la survie de l'induration, à la suite de l'induration du chancre, est généralement moindre chez la femme que chez l'homme.

Le chancre, chez la femme, est souvent un accident minime, assez dépourvu de caractères pour ne pas permettre d'instituer un jugement. Non seulement il peut disparaître souvent d'une façon rapide, sans laisser de traces, mais encore passer fréquemment inaperçu.

Toutes choses égales d'ailleurs, le bubon syphilitique est souvent moins apparent, moins manifeste chez la femme que chez l'homme; conséquemment, il a plus de chances de rester ignoré chez elle. Il reste aussi plus souvent que chez l'homme au-dessous de son développement moyen habituel. Il est possible aussi qu'il persiste moins longtemps en général et qu'il se résorbe plus rapidement chez elle.

L'entrée dans la période secondaire est en général plus variée comme accidents et moins latente, moins inconsciente, moins larvée que chez l'homme. Les syphilides muqueuses sont surtout chez la femme les premiers accidents qui succèdent aux chancres.

Les papules utérines peuvent être confondues avec

les granulations de la métrite, et il est souvent impossible d'en affirmer la nature spécifique.

La syphilis peut stimuler, surtout chez la femme, certaines névroses préexistantes et en réveiller d'éteintes ou cachées. (*Leçons cliniques sur la syphilis, étudiée plus particulièrement chez la femme*, 2e édition, Paris.)

T

TAILLE EXPLORATRICE. Voy. Tumeurs.

TARSOTOMIE. Depuis un quart de siècle que cette résection d'un ou plusieurs os du tarse a été proposée et pratiquée en Angleterre pour le redressement du pied bot congénital, elle n'a pas même été discutée en France, malgré ses progrès. Les chirurgiens, même spécialistes, y ont fait à peine attention, en la dédaignant par leur silence. L'orthopédie est si perfectionnée par la ténotomie et les appareils, que cette résection des os leur paraissait absolument inapplicable. C'est à peine si l'on en parlait pour mémoire dans les récents Dictionnaires sinon pour la blâmer, plutôt que pour en discuter les indications et en étudier les résultats à l'étranger.

Les progrès récents de l'ostéotomie ou la résection des os longs, dans certaines déviations des membres, comme le genu valgum notamment, et les beaux résultats obtenus surtout depuis l'emploi de la méthode phéniquée, ont conduit plusieurs jeunes chirurgiens français à pousser leur pointe jusqu'au pied bot. Le docteur Poinsot, de Bordeaux, qui prend volontiers l'initiative des audaces chirurgicales étrangères, n'a pas craint de présenter l'examen de cette question de la tarsotomie à la Société de chirurgie en 1880, d'après un succès, et de préconiser cette opération dans certains cas de pied bot varus ancien. Et c'est ainsi que, par imitation, le professeur Chauvel, du Val-de-Grâce, examine dans une revue critique tous les faits publiés jusqu'ici au nombre de 50 pour en tirer les conséquences qu'ils comportent. (*Archiv. de méd.*, avril et mai.)

Attaqué ainsi dans sa spécialité, le doyen des orthopédistes français, M. J. Guérin, toujours aussi ferme à son poste de combat qu'il y a bientôt un demi-siècle, a cru devoir intervenir pour signaler le danger. Ce vaillant lutteur a publiquement réprouvé, du haut de la tribune académique, la méthode « de pratiquer, pour le traitement du pied bot, soit l'ablation de l'astragale, du scaphoïde ou du cuboïde, soit même la résection de ces os et celle du calcanéum, chez des enfants de tout âge, depuis deux ans et même moins, jusqu'à l'adolescence. » Jetant un blâme énergique sur ces opérations et l'ignorance des chirurgiens qui les pratiquent, il les renvoie à son enseignement de 1839, « montrant que toutes les formes et les degrés si variés du pied bot peuvent et doivent être traités par la ténotomie, la syndesmotomie, le massage et les appareils orthopédiques. La tarsotomie est tout au plus excusable, ajoute-t-il, chez l'adulte, pour des pieds bots invétérés. Et le représentant le plus honoré et autorisé de la chirurgie française, M. Gosselin, de s'associer à ces critiques, en se félicitant qu'elles ne puissent s'adresser à la chirurgie française. Et aussitôt un concert d'approbation de lui faire écho. On a même traité cette opération de folie chirurgicale.

Un opposant, M. Tillaux, s'est pourtant levé pour distinguer entre le pied bot des enfants et celui des adultes de vingt-cinq à trente ans, chez lesquels la tarsotomie seule peut donner un résultat favorable. Si donc cette opération n'a pas encore été pratiquée en France, elle y est acceptée par quelques chirurgiens, et il ne craindrait pas de la faire dans de telles conditions, maintenant que les nouvelles méthodes de pansement la rendent à peu près inoffensive. (*Acad. de méd.*, 19 septembre.)

Ces objections tardives tendraient à montrer que la chirurgie française est en retard d'un quart de siècle sur ce sujet. Les mêmes objections furent faites à Solly lorsqu'il présenta son premier opéré, guéri, à la *Royal med. chirur. Society* de Londres, en 1857. C'était un garçon de vingt ans, avec un double pied bot varus congénital. Après deux ans de ténotomies répétées, le résultat était satisfaisant à droite, mais le varus gauche n'avait rien gagné. Le cuboïde est enlevé en totalité, et

trois ans après le pied était parfaitement redressé. Personne ne voulut se rendre à l'évidence, et l'orthopédie, alors dans toute sa vogue et fière de ses succès, ne pouvait reconnaître des limites à son action. Mais, depuis que de nombreux insuccès et des obstacles insurmontables l'ont convaincue d'impuissance absolue, pourquoi refuserait-elle à la chirurgie d'intervenir, dès qu'elle le fait plus efficacement? L'extraction du cuboïde s'est ainsi renouvelée en Angleterre, en faisant de nouveaux adhérents parmi les chirurgiens, et M. Poinsot en a obtenu de même un succès remarquable en France, sur une fille de douze ans en 1878.

Bien plus, en passant en Allemagne, l'opération s'est modifiée, perfectionnée, simplifiée, et sur 37 applications un seul décès en est résulté du fait même de l'opération. Les ténotomies, les myotomies sous-cutanées n'en ont-elles pas produit davantage? Quand, après deux ans de tentatives renouvelées et des appareils perfectionnés, aucune amélioration ne se manifeste contre un double pied bot congénital chez un enfant qui n'a que ses jambes pour gagner sa vie, comme je l'ai vu dans ma famille, n'est-il pas permis de tenter une opération plus expéditive et radicale devant les succès obtenus? Dédaigner d'en tenir compte, sous prétexte que cette opération est contraire à la saine chirurgie, c'est renouveler les diatribes de Velpeau et ses contemporains contre l'ovariotomie des Américains et des Anglais. On a fini néanmoins par l'adopter comme un bienfait, et que de vies précieuses eussent été conservées, en y regardant de plus près et en l'adoptant plus tôt! Devant cet exemple frappant et les succès acquis des résections osseuses contre les difformités, il ne faut donc pas renouveler ces déclamations stériles contre la tarsotomie. Il est bien plus logique d'en examiner scientifiquement les applications pratiques, comme M. Chauvel l'a fait dans les conclusions suivantes :

1° Certains pieds bots invétérés ne peuvent être guéris par les appareils et la ténotomie; ils sont justiciables de la résection des os du tarse ou du cou-de-pied.

2° Contre le pied bot équin, la résection tibio-tarsienne complète ou partielle doit être préférée à l'extraction isolée de l'astragale.

3° Dans le pied bot varus, l'extirpation simple du cuboïde est inférieure à la résection cunéiforme totale du tarse.

4° Ces opérations, réservées aux difformités incurables par les moyens orthopédiques de traitement, seront pratiquées avec toutes les précautions antiseptiques et suivies de l'application immédiate d'un appareil contentif pour maintenir le redressement obtenu.

Une expérience plus concluante est fournie par Rupprecht, de Dresde, par la pratique personnelle de 27 tarsotomies, sur dix-sept individus, dont le plus âgé avait vingt-neuf ans, les autres n'ayant que de quatre à dix-sept ans. Ces derniers sont donc particulièrement dans les conditions blâmées explicitement par M. J. Guérin pour cette opération. Or l'auteur n'a obtenu que des succès par le développement ultérieur du pied, sans le moindre arrêt du fait de l'opération, et la difformité a été combattue ainsi beaucoup plus rapidement et bien mieux qu'avec les appareils orthopédiques et la ténotomie.

L'auteur donne la préférence à la tarsotomie postérieure par l'extirpation de l'astragale, inaugurée par Lund. Pratiquée dix-huit fois, elle ne lui a donné que des succès, sans que les opérés aient eu besoin d'appareils prothétiques. Au contraire, la tarsotomie antérieure par la résection cunéiforme du tarse, pratiquée 9 fois, n'a donné que 2 succès. Les autres ont été des insuccès relatifs. L'un des opérés est même mort d'une rougeole, compliquée de diphthérite. La raison en est que, en supprimant une portion importante de la voûte plantaire, elle empêche le développement ultérieur des points osseux devant constituer plus tard la base de sustentation du squelette, tandis que l'astragale, n'appartenant pas à la constitution de la plante du pied, peut être enlevé beaucoup plus impunément. (*Centralblatt f. chirurg.*, n° 31.)

Malgré ces faits de l'étranger, en apparence si favorables à l'opération, les chirurgiens français résistent à son emploi. Trois succès du docteur Beauregard, du Havre, soumis à la Société de chirurgie, n'ont pu les convaincre ici, pas plus qu'à l'Académie. L'opération est pourtant des plus simples. Elle consiste purement à

tailler un coin à base externe dans l'os qui fait une saillie anormale par rapport à l'axe du membre pour la supprimer. En général, cette résection partielle porte seulement sur la deuxième rangée du tarse, et, dans beaucoup de cas, l'extraction du cuboïde peut suffire. Sous le nuage phéniqué, cette opération n'offre aucun danger, surtout en sectionnant d'abord le tendon d'Achille. Il n'y a eu ainsi aucun accident grave dans ces trois cas ; la guérison a été rapide, avec un résultat satisfaisant, comme les plâtres et les photographies à l'appui le démontrent.

Néanmoins le rapporteur, M. Polaillon, s'est montré réfractaire à cette opération, en invoquant la mortalité de 4 1/2 pour 100 opérés, qui résultent des précédentes statistiques. Et tous les orateurs ont parlé dans le même sens, en adoptant ses conclusions réservées. (*Soc. de chir.*, avril et novembre.)

TORTICOLIS FONCTIONNEL. *Résection du nerf spinal.* Cette affection rare s'est rencontrée chez une femme de trente-deux ans, entrée à l'hôpital de la Charité le 11 novembre 1879. Dès que sa tête n'était pas fixée par un point d'appui, le menton se portait irrésistiblement à gauche, et la tête se penchait sur l'épaule, comme dans le torticolis, sans contracture musculaire appréciable. On en fit d'abord un spasme par la douleur très vive en résultant du côté gauche du cou, au niveau des premières vertèbres cervicales. Mais l'inefficacité des courants induits et continus, des aimants, de la métallothérapie obligea à renvoyer cette femme sans pouvoir la soulager.

Rentrée, le 25 mai suivant, à l'hôpital Beaujon, elle fut soumise à la résection du tendon sternal du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien, par M. Tillaux, sans en retirer le moindre bénéfice. C'est alors qu'il songea à attaquer le nerf spinal, comme on l'avait fait dans quelques cas analogues. Annandale, en 1878, l'avait découvert sur le bord du sterno-mastoïdien, et, n'osant pas trop l'étirer sur le fil passé dessous, il en avait plus tard réséqué une certaine longueur de la branche externe. L'élongation pratiquée par Mosetig en 1880 avait donné de très

bons résultats sur un prêtre atteint de la même affection; mais cette épreuve, exécutée sur le cadavre, ayant montré à M. Tillaux qu'elle communiquait un tiraillement violent au bulbe, il préféra la résection, ne faisant courir aucun danger.

Il choisit à cet effet la voie opposée à celle suivie par le chirurgien anglais, en opérant sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien, comme exposant moins à la lésion des vaisseaux et des nerfs circonvoisins. Traçant deux lignes horizontales, l'une au niveau de l'angle de la mâchoire, l'autre à celle du bord supérieur du cartilage thyroïde, une incision faite entre elles découvrit le bord postérieur de ce muscle. Arrivé sur le nerf spinal, il le saisit avec un crochet et en réséqua 3 centimètres, jusqu'à son point d'émergence de la parotide. La réunion, faite sous le pansement de Lister, ne fut suivie d'aucune complication. Il n'y eut aucune modification de la voix, bien que, d'après Cl. Bernard, le nerf spinal fût un nerf phonateur, dont la branche externe, n'innervant plus le trapèze et le sterno-mastoïdien, pourrait empêcher les mouvements de phonation.

Le résultat opératoire fut satisfaisant. Sans être complètement guérie, l'opérée put ensuite vaincre le spasme, en réagissant, et il lui suffit d'avoir la tête renversée sur le dossier d'un fauteuil pour qu'elle s'immobilise. Ce premier succès pourra se compléter ensuite, comme chez l'opéré par l'élongation. (*Acad. de méd.*, février.)

TUBERCULOSE. *Bacillus tuberculosum*. La découverte de ce nouveau microbe spécifique sera le principal événement de l'année, si elle se confirme. L'Allemagne médicale doit en tressaillir d'aise. Alors que Cohnheim proclamait, en janvier 1882, dans la réédition de sa *Pathologie générale*, que la preuve directe de l'existence d'un virus tuberculeux et sa démonstration sensible étaient un problème encore inconnu, le docteur R. Koch, l'habile micrographe qui a dépassé M. Pasteur en découvrant le germe ou spore de la bactéridie charbonneuse, annonçait l'existence au sein de la cellule géante, prise un moment comme le caractère histologique du tubercule, d'une très petite bactéridie spéciale,

mise en évidence par une technique particulière. Confondue avec les autres éléments à la lumière du microscope, elle n'en a été distinguée que par l'intervention d'un réactif colorant : le bleu méthylique. Sous son influence, elle s'est colorée en bleu, tandis que les autres éléments figurés analogues, bactéridies ou micrococci, se colorent en brun.

Tel est son caractère spécifique, bien éphémère et instable en apparence, car peu d'expérimentateurs ont pu le reproduire et le vérifier jusqu'ici. Mais, ayant réussi à cultiver ce nouveau microbe pendant six à huit générations successives, sans diminuer son pouvoir infectieux, en se montrant identique chez l'homme et les animaux, par inoculation et par injection dans les vaisseaux, l'auteur était bien autorisé à en proclamer la nature parasitaire. Il a produit ainsi la tuberculose miliaire aiguë et le processus caséeux, chez des animaux exempts de la tuberculose.

Cette petite bactéridie croît très lentement et ne se rencontre que dans les cellules géantes au nombre de deux quand là tuberculose est lente. La coupe des cellules géantes présente ainsi sous le microscope, au milieu de leur cavité remplie de noyaux colorés en brun, un ou deux bâtonnets bleus, flottant au centre. Toutes n'en contiennent pas également, et, à en juger par le siège et la position de ces bâtonnets, ils se rencontrent de préférence dans les cellules de formation récente; les cellules inhabitées ou stériles sont ordinairement plus anciennes. Ces cellules ne seraient donc que l'enveloppe du corps même du délit.

Ce bacillus est si infinitésimal et insensible au microscope par son immobilité qu'il ne devient perceptible que par sa coloration différente des matières qui l'environnent. Il ne se distingue autrement que dans les granulations miliaires provenant des inoculations qui le recèlent en grande abondance. Un nodule tuberculeux du poumon d'un cochon d'Inde, mort de tuberculose inoculée, soumis préalablement au réactif tinctorial, en offre le meilleur spécimen. Il suffit d'ajouter un peu d'eau distillée ou de sérum, en le plaçant dans le creux d'un objectif excavé, pour que les microbes apparaissent,

sous forme de bâtonnets très petits, à mouvements moléculaires, mais sans caractères qui leur soient spéciaux. Des spores peuvent même se rencontrer dans le corps du bacillus, qui en contient plusieurs, de forme ovale et disséminés à distance égale sur sa longueur. (*Allg. med. central Zeitung* et *Berlin klin. wochens.*, avril, ou *Gaz. hebd.*, nº 33.)

Inoculabilité par l'air expiré. L'inoculation de la tuberculose se poursuit partout sur les animaux avec des succès affirmatifs, surtout en Allemagne. On s'obstine à continuer ces expériences sur le lapin, qui fait du tubercule si facilement de toutes pièces qu'elles ne peuvent être décisives. En se procurant 40 à 50 000 centimètres cubes d'air expiré par des phthisiques, M. Giboux a distribué chaque jour cet air dans une caisse où vivaient des lapins : tous devinrent tuberculeux, tandis qu'un même nombre de lapins, placés, comme témoins, dans les mêmes conditions, restèrent valides.

Les inoculations directes avec les liquides tuberculeux ou leur injection dans les veines sont certainement plus concluantes. M. Bouley les pratique ainsi de préférence sur le lapin, le porc et le chat, parce que la tuberculose se développe particulièrement chez ces animaux. Sa fréquence sur l'espèce humaine lui ferait même choisir ce réactif, si c'était permis, comme en vétérinaire.

Contrairement à Virchow, il admet l'identité de la tuberculose de la vache avec celle de l'homme, parce qu'elle se transmet de même et produit des lésions identiques. La différence entre la pseudo-tuberculose résultant de matières inertes est de ne pas se communiquer en séries comme la tuberculose. Loin de préparer son action infectieuse par la culture ou des inoculations répétées, elle augmente d'intensité même en passant d'un animal à l'autre. Elle devient d'autant plus énergique et rapidement mortelle qu'elle est plus inoculée. Au début, quatre ou cinq mois étaient nécessaires pour tuer un porc ou un lapin; avec une cinquième série, deux mois suffisent. Une injection étant faite après trente-cinq jours d'inoculation, l'animal réinoculé avec celui-ci meurt souvent plus tôt que celui qui l'a précédé.

La tuberculose produite avec les cultures démontre surtout cette augmentation de virulence. La sérosité du ganglion caséeux d'un chat, mort à la suite d'injections de culture, fut inoculée à six lapins : tous devinrent tuberculeux. Quarante jours après, l'un fut tué; il présentait déjà des tubercules pulmonaires, qui furent inoculés à six lapins et à un porc; ce dernier mourut en cinquante-sept jours, et un des lapins en soixante-huit. A ce moment, les animaux de la cinquième série étaient plus malades que ceux de la troisième.

C'est ce que l'on observe avec les cultures; les cinquièmes séries sont plus abondantes et plus rapides que les premières, les dixièmes plus que les cinquièmes. Il semble que le microbe s'acclimate aux milieux. Un lapin ayant reçu, cinq mois avant, huit gouttes de huitième culture dans la jugulaire, est mort avec un poumon rempli de granulations; les reins et la rate en contenaient également.

Un porc, inoculé avec du vaccin cultivé sur une vache tuberculeuse, ayant été tué, présentait une belle tuberculose généralisée. (*Acad. des sciences*, 1881.)

Pronostic. Renversant l'axiome de Niemeyer : que le plus grand malheur qui puisse arriver à un phthisique est de devenir tuberculeux, le professeur Baumgarten, de Kœnigsberg, uniciste, montre au contraire que la tuberculose est beaucoup moins grave que la phthisie. Il lui dénie même la malignité locale, en invoquant le fait des nombreux enfants porteurs de paquets épais de ganglions tuberculeux au cou, ou d'un fongus tuberculeux articulaire et qui deviennent des jeunes gens superbes et robustes. D'autres ayant eu le mal de Pott, avec carie vertébrale, vivent jusqu'à un âge avancé. La tuberculose n'est donc pas aussi fatalement mortelle et ne se termine pas toujours par la mort, comme on l'enseigne en Allemagne. La tuberculose pulmonaire est elle-même guérissable, puisqu'on rencontre assez souvent dans les poumons, à l'autopsie d'adultes et de vieillards morts de maladies aiguës, des masses stratifiées, noirâtres, épaissies du tissu pulmonaire, révélant au microscope des tubercules miliaires à l'intérieur. D'autres

fois, ce sont des cicatrices provenant d'anciennes cavernes tuberculeuses. De même des ganglions lymphatiques de l'intérieur, ceux des bronches ou du mésentère, en particulier. Ils sont parfois remplis de tubercules en voie de régression ou déjà cicatrisés et atrophiés. Le processus tuberculeux peut donc s'accomplir dans les organes, sans que la vie et même sans que l'organe atteint en soient affectés notablement.

Sur 100 cadavres des deux sexes morts de maladie étrangère à la tuberculose, 3 à 4 en présentaient des traces. Cette tuberculose latente, sans symptômes apparents et dont le médecin ne peut soupçonner l'existence, est donc comme la syphilis de ce nom. Le malade est toujours sous l'imminence, le danger de la généralisation, surtout en raison de son caractère infectieux. D'où le nouvel axiome émis en Allemagne et plus vrai que le premier : que le pire malheur d'un tuberculeux est de devenir phthisique. (*Samml. klin. Vortr.*, nº 218.)

Tuberculose articulaire. Histologiquement, M. Lannelongue la distingue de l'arthrite fongueuse purement inflammatoire, qui se confond avec elle sur le malade et dont le tissu est celui des bourgeons charnus, par la nodosité tuberculeuse, produit spécifique et virulent qui envahit les régions voisines, les absorbe, aboutit à des adhérences, des cicatrisations anormales et passe à l'état caséeux. De là son danger, en se ramollissant et en entrant dans la circulation, avec infection générale consécutive. Sur 38 autopsies servant de base à cette étude : 11 coxalgies, 8 maux de Pott, 8 tumeurs blanches du genou, 4 du coude, 3 tibio-tarsiennes et 4 d'autres petites articulations, 24 fois les poumons étaient envahis, 7 fois l'encéphale et 4 fois le foie.

Le cartilage, la synoviale et l'os sont l'origine multiple ou isolée de cette tuberculose locale. On a vu ainsi des tubercules développés au sein des cartilages costaux et dans le condyle interne du fémur. La tuberculose primitive des synoviales, signalée par M. Cornil dès 1870, est assez fréquente pour en faire une variété spéciale ; mais l'ostéite tuberculeuse, constituant essentiellement la tumeur blanche, est la plus fréquente et la

mieux connue, d'autant plus qu'en provenant de l'épiphyse, sous forme circonscrite ou diffuse, elle envahit secondairement les autres parties de l'articulation.

Son début par l'os est ainsi la forme de beaucoup la plus commune. C'est elle qui donne naissance à la tumeur blanche, contrairement à l'enseignement de l'école allemande, il y a peu d'années, l'attribuant exclusivement à la tuberculose synoviale. Une tache jaune ou jaunâtre, opaque, sèche, circonscrite sur l'épiphyse, altérée de couleur et de densité, en est le premier signe, quand ce n'est pas une petite cavité entourée de tissu osseux sain. Ces foyers tuberculeux peuvent sommeiller longtemps, et la guérison même s'ensuivre, suivant l'influence exercée par les parties voisines. L'infiltration diffuse, moins fréquente, est beaucoup plus grave, en s'étendant à la plus grande partie de l'épiphyse ou tout le corps d'un métacarpien. L'envahissement consécutif des synoviales est le plus grand danger de ces lésions.

Cette étude anatomo-histologique ne saurait suffire au praticien, d'autant moins qu'il faut agir de bonne heure pour espérer le succès. Lorsque le mal est encore latent, par le gonflement léger de la synoviale et un peu de douleur de l'épiphyse, le repos, l'immobilité, la révulsion avec la teinture d'iode, la bonne position du membre, une compression progressive et les reconstituants, pourront suffire; mais si la douleur persiste ou augmente, et que la synoviale devienne fongueuse, l'ignipuncture et les injections interstitielles et intra-articulaires avec le chlorure de zinc ou l'iodoforme sont nécessaires. Voy. ARTHRITES FONGUEUSES.

L'apparition de l'abcès réclame au contraire l'intervention chirurgicale, pour déterger l'articulation, la curer, l'évider ou la réséquer, suivant les lésions qui s'y rencontrent. L'amputation peut même être indiquée, si la diathèse tuberculeuse n'est pas évidente. (*Soc. de chir.*, juin.)

Sur 117 grandes résections articulaires, faites depuis quatre ans, par Kœnig, sous le pansement phéniqué, ce chirurgien s'est assuré, en suivant ses opérés, qu'aucune influence spécifique n'en était résultée sur la diathèse tuberculeuse. De quinze jours à quelques semaines

après une guérison apparente, les granulations prennent un aspect fongueux. De plus, une mortalité considérable de la tuberculose généralisée en est le résultat. La résection prématurée ne la prévient même pas, et Billroth préfère ainsi l'expectation par les moyens mécaniques que d'y recourir. Il y a donc un véritable danger à intervenir avec ce pansement, surtout chez les enfants.

L'iodoforme, d'après les Allemands, a changé, transformé tout cela par son action topique persistante et spécifique sur les plaies tuberculeuses. Plus n'est besoin de résections dans ces cas. Il suffit d'anesthésier le patient, d'ischémier le membre, en l'élevant préalablement pendant trois à cinq minutes, et d'appliquer ensuite un lien élastique au-dessus du lieu à opérer. La collection purulente largement ouverte, il n'y a qu'à faire écarter les bords pour introduire la cuillère tranchante, servant à enlever toutes les masses fongueuses des os et des parties molles. Les tissus sains résistent partout à cet instrument. Petite ou grande, la cavité ainsi faite est saupoudrée de poudre d'iodoforme ou de tampon de gaze ou de ouate iodoformée, et la plaie suturée ensuite au besoin, comme à l'ordinaire, pourvu qu'un drain soit placé à la partie inférieure. Du coton et une toile imperméable complètent le pansement.

Tuberculose des synoviales. Après avoir localisé la tuberculose dans les synoviales articulaires, il était logique et forcé de la trouver limitée dans les gaines tendineuses. Dans cette voie de localisation extrême, minutieuse, on ira sans doute encore bien plus loin, car il s'agira bientôt de savoir quelle partie de ces gaines est envahie de préférence et surtout quel est le tissu primitivement atteint. Absorbé dans ces recherches spéculatives sur la nature essentielle d'un bobo dont on jugeait approximativement, autrefois, par les caractères extérieurs de la constitution et du mal local, on s'arrête aujourd'hui à le contempler à la lorgnette, au microscope, sans que le traitement ni la guérison en soient plus avancés. La généralisation du tubercule, quand elle a à se produire sur un terrain propice, ne s'arrêtera pas en effet pour si peu.

Deux nouvelles observations, faites dans le service de M. Terrier, à l'hôpital Saint-Antoine, sur une lingère de vingt-trois ans et une vieille femme de soixante-cinq, montrent parfaitement ces différences. La première se fait une blessure accidentelle à la face antérieure du poignet gauche, et ce mal, loin de guérir, s'étend à l'avant-bras et aux doigts, spécialement dans les gaines tendineuses, par de petits bourrelets. Ouvertes, ces petites tumeurs fluctuantes donnent un pus mal lié et restent fistuleuses. Mais l'âge ici triomphe de tout, surtout avec un traitement reconstituant, et, après quarante jours, la jeune blessée quitte l'hôpital, malgré l'état stationnaire de ces *bobos*.

Une chute sur le bras gauche détermina l'affection chez la femme âgée, d'une constitution affaiblie. On constate minutieusement ces petites ulcérations spéciales sur le trajet des gaines ; mais des frissons surviennent, suivis de petits abcès d'un caractère particulier, et, malgré leur ouverture et leur pansement antiseptique spécial, cette femme meurt un mois après. L'examen histologique montre ensuite de nombreuses cellules embryonnaires, des cellules géantes et l'oblitération des vaisseaux, démontrant la nature *probablement* tuberculeuse des lésions.

Très bien prises par l'interne, M. Verchère, ces observations seraient insuffisantes à démontrer le caractère tuberculeux de ces lésions. Et c'est en en reproduisant trois autres, avec les diverses appréciations à ce sujet, que ce mémoire présente une certaine valeur pratique. Il en résulte, en effet, que l'ouverture de ces nodosités sur le trajet des gaines tendineuses doit être faite antiseptiquement, avec raclage des granulations, sans que l'on paraisse redouter l'inflammation des tendons et toutes ses conséquences. C'est d'ailleurs là une menace persistante de phthisie pulmonaire. (*Rev. de chir.* juillet.)

Avec ces 6 faits, M. Terrier distingue trois types de cette affection toute locale :

Synovite fongueuse classique, 3 observations.

Synovite partielle. La gaine est envahie isolément et s'abcède vite. On la rencontre surtout chez les sujets tuberculeux ou suspects. Deux observations.

Synovite aiguë. Un seul exemple d'accidents aigus la constitue.

Aiguë et chronique, cette affection spécifique pourra donc encore se confondre avec les cas simples, comme elle l'a été si longtemps. Le pronostic est subordonné à son extension et surtout à l'état général du malade. (*Soc. de chirurgie*, octobre.)

Tuberculose primitive *de l'iris et du corps vitré.* Elle a été rencontrée sur un valet de ferme de seize ans, assez chétif, mais sans manifestations tuberculeuses ni syphilitiques, par le docteur Mengin (de Caen). Le mal a débuté dans l'œil gauche, et les accidents inflammatoires du côté de la cornée ont marché si rapidement que l'énucléation fut rendue nécessaire deux mois après. L'examen fait par M. Poncet a montré la chambre antérieure remplie par une tumeur bilobée, de couleur grisâtre, parsemée de points jaunâtres. Ce tissu était formé d'éléments embryonnaires, peu fibreux et vasculaires. Des foyers de ramollissement existaient en certains points, avec des cellules géantes au centre. Il ne peut donc être considéré que comme du tubercule, et l'énucléation est justifiée, d'après la nouvelle doctrine de la localisation de ce produit. (*Soc. de chir.*, juin.)

Tubercule de la choroïde. La signification de sa présence est encore incertaine quant à sa gravité et à sa généralisation. Malgré la fréquence et le nombre des cas observés, il est impossible de dire s'il coïncide plus souvent avec la méningite tuberculeuse qu'avec une tuberculose généralisée. Ce tubercule serait très rare dans la méningite, d'après Baxter, Hulke, Carter, et sa présence ne serait d'aucun secours pour le diagnostic de celle-ci, tandis que le docteur Barlow l'aurait constaté, à l'autopsie, dans plus de 20 cas. La méningite tuberculeuse n'étant souvent que l'expression d'une dissémination générale du tubercule, sa localisation spéciale dans la choroïde ne saurait avoir une grande valeur symptomatique. Il est d'ailleurs établi que le tubercule choroïdal ne dépend pas plus de la tuberculose de la pie-mère que celle-ci n'est causée par celle d'aucun autre

organe. Dans un cas de méningite, avec tubercule de la choroïde, constaté au microscope, le docteur Sansom ayant porté un diagnostic grave en conséquence, le vit heureusement détruit par la guérison. D'où il suit que celui-ci n'entraîne pas fatalement la tuberculisation des méninges ni d'aucun autre organe en particulier. Le diagnostic ophthalmoscopique du tubercule de la choroïde est donc susceptible d'erreur, et sa confirmation par l'autopsie peut seule en établir la valeur. (*Ophth. Society*, 12 octobre.)

Tuberculose chirurgicale. Les progrès croissants de l'histologie pathologique ayant démontré la localisation du tubercule dans quelques cas, la chirurgie s'est emparée de ce nouveau fait, plus soupçonné, entrevu, que démontré péremptoirement. La clinique avait bien montré à Cruveilhier, à Velpeau que des tumeurs testiculaires, offrant tout l'aspect du tubercule, existaient, sans lésions pulmonaires ni généralisation, et ne récidivaient pas après leur extirpation. Vaincu par ces faits, le grand Louis avait même reconnu que le tubercule testiculaire, faisant exception à la loi générale, avait une marche très lente et pouvait rester localisé pendant un temps indéterminé. Le professeur Richet a particulièrement guéri un certain nombre d'individus, en leur retranchant par abrasion, soit un testicule tuberculeux en apparence, soit même les deux successivement. Il est vrai qu'il établit une distinction entre ces tumeurs caséeuses du testicule avec le véritable tubercule, et, à défaut de caractères histologiques bien tranchés, il a trouvé, dans l'inoculation stérile de leurs produits à des lapins, la preuve qu'il cherchait autrement. (Voy. TESTICULE TUBERCULEUX, 1880.)

Fondé sur ces observations et d'autres analogues de localisation de certaines tumeurs et ulcères tuberculeux, un jeune chirurgien, M. Reclus, vient de rompre en visière avec l'ancienne école chirurgicale, qui faisait un devoir de s'abstenir devant toute production ou plutôt toute nécrobiose tuberculeuse, à cause de la récidive, la généralisation fatale qui devait infailliblement s'ensuivre. Devant quelques succès obtenus contre ces tu-

meurs, il ne craint pas de faire une indication aussi rationnelle et positive d'extirpation de ces tumeurs externes que contre le cancer. (Voy. PRIX GERDY, TUMEURS TUBERCULEUSES.)

Excision des ulcérations tuberculeuses. Voy. LANGUE.

Tubercule du sein. Malgré les observations cliniques d'A. Cooper, de Velpeau et de Billroth, on doutait de la réalité de ce néoplasme avant sa confirmation histologique. On ne connaît pas d'exemple de tubercules de la mamelle, disaient Cornil et Ranvier, dans leur première édition d'*Histologie pathologique*. Ils ne le répéteront plus dans la seconde, car deux faits, appuyés sur l'examen microscopique constaté chez la femme, en sont décrits dans la thèse de M. Dubar, soutenue à la Faculté de médecine de Paris, en 1881, et récompensée par le prix Duval, à la Société de chirurgie. (*Des tubercules de la mamelle.*) C'est montrer ostensiblement que la science exacte ne date que du microscope et de l'histologie, pour les médecins d'aujourd'hui. Tout ce qui existait avant reste comme non avenu.

Promulguée scientifiquement, cette découverte ne pouvait manquer de se confirmer chez l'homme. Quand la tuberculisation des mêmes organes, comme les poumons et le cerveau, n'est séparée chez les deux sexes que par des nuances symptomatiques, elle devait se rencontrer dans le sein de l'homme, comme le cancer. Aussi un cas en a-t-il été bientôt découvert et constaté histologiquement chez un cantonnier de quarante-six ans, portant une tumeur fluctuante, grosse comme une noix, au sein droit. Cette tumeur ne ressemblant à aucune de celle que l'on observe, M. Duplay penchait pour un lympho-sarcome, lorsque, enlevée le 24 février 1881, elle montra tous les caractères histologiques du tubercule ramolli ou caséeux, avec oblitération de tous les vaisseaux et ganglions dégénérés autour.

Deux mois après, la cicatrice était parfaite, sans aucune trace de récidive. Aucun symptôme du côté des poumons. L'extrême ressemblance de ce tubercule de la mamelle avec celui du testicule formant des indurations qui se

ramollissent et s'ouvrent par de petits trajets fistuleux, pour se fermer parfois ensuite, permet ainsi de le rapprocher de ces foyers caséeux testiculaires que le professeur Richet enlève sans crainte et toujours sans récidive, comme il en a donné de nombreux exemples. Ces tumeurs du sein n'auraient que l'apparence du vrai tubercule, comme une observation de M. Horteloup semble précisément le prouver. (*Archiv. de méd.*, janvier.)

Ce point d'interrogation n'est pas inutile à placer ici, car il n'est pas douteux, maintenant que les caractères histologiques du tubercule mammaire sont tracés, que les cas vont s'en multiplier rapidement. Les tumeurs douteuses sont si fréquentes dans cette région et le microscope si complaisant, qu'il finira bientôt par le rendre assez commun.

Ulcération tuberculeuse du rectum. Elle se montra chez un journalier de trente-trois ans, sans antécédent de scrofule ni de syphilis, par un petit tubercule cutané, mou, sortant de l'anus en arrière, et le siège de quelques douleurs lancinantes. Il y eut simultanément une toux légère, avec expectoration abondante, sans hémoptysie. Troubles digestifs, anémie, vomissements. Il entre ainsi à l'hôpital Lariboisière, le 6 février 1882, six mois après le début, très amaigri, son poids normal de 135 livres étant tombé à 111.

A l'examen, le professeur Duplay constate une saillie de 1 centimètre, en forme de collerette, avec une ulcération déchiquetée à la partie interne et se prolongeant dans le rectum, mais sans apparence des points blanchâtres caractéristiques des ulcérations tuberculeuses. Les ganglions inguinaux ne sont pas engorgés. L'état général est assez bon; mais une submatité évidente du sommet droit, avec expiration prolongée, soufflant sous la clavicule, et des râles sous-crépitants dans la fosse épineuse gauche, tendent à donner indirectement un caractère tuberculeux à cette ulcération.

La douleur de la défécation en résultant fit procéder à l'excision avec le thermo-cautère. Elle eût lieu presque sans effusion de sang, quoique la partie enlevée eût le volume d'un petit œuf de poule. La zone externe était

formée de tissu embryonnaire, cellules lymphoïdes et corps fusiformes, contenant de nombreuses granulations, comme une grosse tête d'épingle, d'un blanc grisâtre, quelques-unes déjà jaunâtres et d'autres entourées d'une zone fibreuse.

Toutes les présomptions sont donc en faveur de la nature tuberculeuse, sans que l'on puisse l'affirmer absolument. La plaie pansée à l'iodoforme s'est cicatrisée rapidement, et, deux mois après, la guérison était complète, sans incontinence et avec amélioration de l'état général, par l'absence de douleurs dans la défécation. (*Archiv. de méd.*, juillet.)

Abcès tuberculeux. Il s'est manifesté, chez un Breton de vingt-trois ans, faible et lymphatique, après vingt mois d'incorporation au 8e de dragons, par une tuméfaction lente et diffuse de la région parotidienne droite, sans cause appréciable. Ce n'est qu'au troisième mois du début qu'il entre au Val-de-Grâce, le 2 juillet 1881, pour un gonflement énorme qui empêche la mastication. L'ouverture en est faite le 11 juillet, par une double ouverture, donnant passage à un drain. La suppuration se tarit à la fin du mois, mais un empâtement profond persiste. Rien d'appréciable dans la poitrine, malgré l'hérédité tuberculeuse du malade, son père étant mort phthisique cinq ans auparavant.

Au lieu de s'épuiser sur place, cet abcès de la joue, que les anciens n'auraient pas manqué de considérer comme un abcès froid idiopathique, est bientôt suivi de douleurs de reins, faisant penser à un abcès par congestion. Puis l'ulcère tuberculeux de la joue détruit le périoste, la lame externe du maxillaire et jusqu'à son articulation temporale. Le poison tuberculeux se répand et se généralise ensuite sur le tissu osseux, envahit successivement le rachis, dont il ulcère presque toute la face antérieure, les os du bassin, où il creuse de profondes cavernes, les côtes qu'il brise et disloque et jusqu'au crâne, dont il perfore la paroi. La fièvre est continue, avec diarrhée incoercible pendant deux mois, et une granulie pulmonaire, démontrée par l'autopsie, vient terminer ces ravages, le 15 janvier 1882, six mois après le début.

Ces tuberculoses localisées, se manifestant par des suppurations prolongées, sans retentissement sur le poumon, ne sont donc pas toujours si innocentes qu'on pourrait le penser, d'après quelques exemples; le plus souvent, elles conduisent à l'hecticité, et c'est ainsi que l'on a pensé à en faire l'ablation dès le début, afin de prévenir l'auto-inoculation et l'empoisonnement tuberculeux. Mais comment le prévenir quand il se répand aussi rapidement, soit sur les séreuses, les ganglions lymphatiques ou les viscères, soit sur le tissu osseux, comme dans ce cas? Il est même permis de se demander si l'intervention chirurgicale hâtive n'est pas dangereuse, en favorisant cette généralisation, dit le docteur Charvot, narrateur de ce fait. Sans pouvoir trancher cette question, deux ou trois cas analogues au précédent, s'étant terminés par une généralisation rapide, à la suite d'épididymites caséeuses et de fistules anales opérées, le disposent à répondre affirmativement, contre la tendance trop générale qui se manifeste actuellement. (*Gaz. hebdom.*, nº 23.)

TUMEURS. Tumeurs du cerveau. *Diagnostic.* De l'examen de 12 cas, suivis d'autopsie, le docteur Mills admet que le diagnostic peut s'en faire avec plus de certitude que pour toutes les autres maladies cérébrales, en se basant surtout sur la céphalalgie. Elle existait dans tous les cas d'une manière constante avec des paroxysmes d'une grande intensité. Elle était plus intense près du siège de la tumeur dans deux cas. La percussion, pratiquée dans 4 cas, indiqua cette douleur locale dans 3. Les vomissements et les vertiges viennent ensuite par ordre de fréquence, ceux-ci étant surtout prononcés dans les tumeurs du cervelet. La névrite optique avec disques étranglés dans cinq cas, est aussi un bon signe, ainsi que la température du crâne. Elle était au-dessus de la normale dans cinq cas. (*Amer. neurolog. Association*, 22 juin.)

Tumeurs blanches. *Appareil de Scott modifié.* Une confirmation éclatante des avantages de ce bandage spécial, dont l'application est déjà signalée (Voy. *année* 1879), vient d'être faite par le docteur Cazin à l'hôpital de Berck-sur-Mer. Après avoir lavé et frictionné l'articulation

malade, il remplace la pommade mercurielle par une copieuse quantité de vaseline, étendue sur une couche de coton cardé. Celle-ci est fixée par des bandelettes de diachylum imbriquées. Une nouvelle couche de ouate sèche recouvre cette carapace, maintenue par une bande roulée silicatée. Les petits malades peuvent ainsi aller et venir, jouer et se promener sur la plage, avec de grands bienfaits.

Ce pansement n'est renouvelé que tous les quinze jours et si la tumeur est souvent le siège d'un érythème intense au sortir de l'appareil, il suffit de laver et poudrer la peau, pendant un ou deux jours, pour le faire disparaître avant de replacer l'appareil. (*De l'appareil de Scott dans le traitement des tumeurs blanches*, thèse inaugurale, par Poirier, Paris, 1882.)

Tumeurs tuberculeuses. *Excision.* Les dépôts caséeux des testicules, proclame M. Reclus, ne s'accompagnent pas toujours d'autres dégénérescences. Il l'a prouvé dans sa thèse, après Cruveilhier, Velpeau, Richet et d'autres, en montrant que, sur 30 autopsies d'individus morts avec des tubercules de la glande spermatique, 20 seulement avaient simultanément des lésions pulmonaires identiques et 10 en étaient exempts. L'énorme proportion d'un tiers ou 33 pour 100, sinon davantage, seraient donc opérables.

La nature infectieuse de ces foyers caséeux s'accréditant de plus en plus, comme cause de la généralisation et la récidive de la tuberculose, et le traumatisme léger que doit entraîner leur ablation n'étant plus redoutable comme autrefois, grâce aux nouveaux pansements, l'indication précise d'enlever ces tumeurs s'ensuit, dès qu'elles sont une cause de souffrance, de gêne, d'inquiétude, quand les poumons sont indemnes. La preuve n'en est plus seulement dans les castrations suivies de guérison, mais dans les abcès froids, ossifluents des os, les ganglions tuberculeux suppurés, les ulcérations tuberculeuses des lèvres et de la langue, enlevés avec le même succès, dans ces dernières années. Il ne s'agit que d'évacuer complètement le liquide par une large incision de la tumeur, l'énucléation ou le grattage de

son enveloppe, avec un drainage consécutif de la plaie.

D'après ce procédé, toutes les tumeurs tuberculeuses externes et même les ulcérations localisées, sans généralisation appréciable, chez des malades dont les poumons paraissent sains, seraient justiciables du bistouri dès qu'ils y sont accessibles sans un traumatisme étendu. Le thermo-cautère, l'anse galvanique ou la curette peuvent le remplacer avec avantage dans certains cas, suivant les indications. Une dégénérescence locale, gênant ou s'opposant à l'une des fonctions principales de l'économie : la mastication, la défécation, peut même être enlevée avec avantage, comme un moyen palliatif, quoique les poumons soient déjà envahis. (*Gaz. hebdom.*, nº 48, décembre 1881.)

Il n'y a donc plus qu'un pas à franchir pour les jeunes chirurgiens français, imbus des nouvelles doctrines, pour aller, à l'exemple de quelques intrépides Allemands et Américains, enlever des ganglions tuberculeux autour des grosses bronches, ou ouvrir des cavernes caséeuses au sommet des poumons, comme en voici un exemple récent :

Tumeurs de la prostate. *Enucléation.* La question, agitée à plusieurs reprises par les chirurgiens anglais, de savoir s'il ne convenait pas de tenter l'énucléation des tumeurs de la prostate au moyen de la taille latérale, s'est présentée de nouveau, à l'occasion du fait suivant : Un homme est admis à l'Infirmerie royale de Liverpool avec une grosse pierre dans la vessie et une prostate volumineuse. M. R. Harrison pratique la taille, le 5 septembre 1881, et le volume du calcul rend la section bilatérale de la prostate indispensable pour son extraction. Malgré cet agrandissement, l'obstacle persiste par une tumeur de la prostate même. Elle est aussitôt énucléée avec le doigt, et le calcul est facilement extrait ensuite avec des pinces. L'opéré guérit parfaitement. Grosse comme une noisette, cette tumeur était un adénome.

Fondé sur ce succès et un autre semblable de M. Bickersteth, l'auteur érige en pratique rationnelle l'exécution de la taille latérale dans certains cas de prostate

volumineuse, donnant lieu à de graves symptômes ou des souffrances de rétention, en vue d'explorer cet organe et si c'est une tumeur de l'enlever. D'où l'indication d'explorer soigneusement avec le doigt la prostate volumineuse dans tous les cas de taille pour calculs et d'enlever les tumeurs existantes. Enfin il y aurait lieu à cet effet de préférer la taille à la lithotritie pour l'extraction d'un calcul, quand il y a complication d'une prostate engorgée, volumineuse, afin d'en faire disparaître les causes par une seule opération.

Mais sir H. Thompson, comme spécialiste, a mis une sourdine à cet enthousiasme, en disant que depuis longtemps cette pensée avait germé. L'idée première de cette opération a été suggérée par Guthrie, pour enlever ces tumeurs, et les chirurgiens n'ont pas cessé de s'en préoccuper depuis. En 1882, Cadge appela l'attention de la Société pathologique de Londres sur ce sujet, et Keith, d'Aberdeen, dit alors avoir énucléé ainsi huit à dix de ces tumeurs prostatiques, sans résultats fort satisfaisants. W. Fergusson en a enlevé quatre à cinq, et lui-même en a extirpé autant. Sur trois malades qui ne pouvaient rendre leur urine que par le cathétérisme, la taille latérale ne remédia à rien, malgré l'extraction même d'une petite tumeur prostatique chez l'un d'eux. Le cathétérisme resta nécessaire après comme avant. Une très grosse tumeur ne détermine parfois aucune obstruction, et une très petite, imperceptible, peut obstruer le canal. Il serait désirable de soulager en pareil cas par une opération; mais la mortalité de un sur quatre, chez les hommes de soixante à soixante-dix ans, et presque au terme de leur vie, la rend très redoutable. De là ses rares indications. (*Royal med. and chir. Society*, 13 décembre 1881.)

Tumeur fibreuse du vagin. La rareté et l'ignorance de son origine en sont la seule distinction. Le docteur Paquet l'a rencontrée en 1881, chez une dame qui avait fait une fausse couche de deux mois, six semaines environ auparavant. Elle se trouvait sur la paroi latérale gauche du vagin, à un centimètre et demi seulement de son insertion sur le col. De la grosseur d'une noix,

sa dureté au toucher excluait absolument l'idée d'une hernie ni d'un lipome, et l'état de la malade ne permettait pas de songer au cancer.

L'excision fut facile avec le spéculum de Denonvilliers, qui permet d'arriver facilement sur le fond du vagin. La recherche des battements de l'artère vaginale permit de pratiquer l'incision avec sécurité et d'énucléer ensuite le néoplasme avec les doigts, quoiqu'il eût un petit pédicule.

Elle fut trouvée absolument fibreuse au microscope, sans que son origine pût être rapportée à d'autres causes que l'excès même de l'usage de l'organe, étiologie infirmée par la rareté même de ces tumeurs. Leur ablation est néanmoins commandée par leur accroissement, toujours à craindre. (*Soc. centrale de méd. du Nord*, 10 février.)

Tumeur fibreuse du col utérin *faisant obstacle à l'accouchement*. Voy. Accouchements.

Tumeurs du ligament rond. Leur rareté n'a permis jusqu'ici d'en établir le diagnostic que par leur excision, sans trop savoir à quoi l'on avait affaire, car leur histoire est absolument nulle. Heureusement la guérison en a toujours été la conséquence, et c'est d'après leurs caractères histologiques purement fibreux qu'il a été possible d'en fixer l'origine et le siège. Un exemple récent, observé à Lariboisière sur une cuisinière de cinquante-deux ans, par le professeur Duplay, qui l'opéra comme un sarcome des ganglions inguinaux, lui a seul permis, en collectant huit cas analogues dans la presse médicale, de tracer une ébauche historique de ces tumeurs.

En raison même du siège et de la constitution anatomique du ligament rond, ces tumeurs extra-abdominales occupent la région inguinale ou l'épaisseur de la grande lèvre, sous forme de masses plus ou moins volumineuses, avec ou sans pédicule, en se développant lentement et sourdement. Leur forme est variable, globuleuse ou ellipsoïde, à surface lisse ou lobulée, de consistance ordinairement fibreuse, avec une fluctuation apparente en certains points. La toux ni les efforts ne leur impriment aucun changement; mais elles augmen-

tent parfois de volume, à l'époque des règles et pendant la grossesse. Elles sont irréductibles en général, une seule s'étant montrée réductible au début, sans avoir été vérifiée par l'opération. Indolentes à la palpation et à la pression, elles sont le siège de douleurs spontanées, continues et surtout intermittentes plus ou moins vives, s'irradiant dans le bassin, les lombes ou le membre correspondant, avec exacerbations aux époques menstruelles. Leur développement dans le sac dartoïque les rend indépendantes de la peau et du tissu cellulaire et leur permet des mouvements latéraux et de haut en bas, mais impossibles d'arrière en avant.

Pédiculées, ces tumeurs peuvent se confondre, quand le pédicule passe au-dessus de l'arcade crurale, avec une hernie graisseuse par le défaut d'impulsion dans les efforts et la toux. Mais la douleur de celle-ci pendant la marche et surtout à la pression, qui peut en réduire le volume, suffira à la distinguer.

Le diagnostic différentiel avec une épiplocèle irréductible, surtout ancienne par sa dureté et l'absence d'impulsion à la toux, est presque impossible, si ce n'est par les douleurs mensuelles propres à la tumeur du ligament rond... quand la femme est réglée.

Par sa forme et sa mobilité, l'ovaire hernié peut aussi simuler ces tumeurs, surtout par les douleurs périodiques. Mais l'augmentation du volume de l'ovaire, sa sensibilité à la pression suffisent à le distinguer, et le toucher pourra ensuite lever les doutes.

Sans pédicule, ces tumeurs peuvent être confondues, dans l'aine, avec différents produits pathologiques qui s'y rencontrent. L'uniformité, l'immobilité et l'indolence seront, avec les commémoratifs, les meilleurs signes pour les distinguer. A la vulve, on ne peut les reconnaître qu'à leur point de départ, au niveau de l'orifice inguinal externe. Dans la grande lèvre, elles siègent toujours à la partie supérieure. Celles qui descendent au-dessous ne peuvent venir du ligament rond.

Par leur nature fibreuse ou myxomateuse, ces tumeurs sont bénignes ; leur dégénérescence seule peut les rendre malignes. L'excision, aussi simple que facile,

en est donc le meilleur remède sans récidive probable. (*Arch. de méd.*, mars.)

Lymphadénome de l'aisselle. Cette tumeur, à développement assez rapide, fluctuante, un peu bosselée et sans phénomène de réaction inflammatoire, s'est rencontrée chez une épileptique de quarante-huit ans, ayant ressenti une légère douleur à la pointe de l'omoplate, à la fin d'un de ses accès. Une tumeur grosse comme une noix, mobile et indolore, fut perçue bientôt dans la partie la plus reculée de l'aisselle. Des cataplasmes ne l'empêchant pas de grossir, cette femme entra à l'hôpital six semaines après, avec une tumeur comme le poing, ayant les caractères précédemment signalés.

L'incertitude du diagnostic fit pratiquer une ponction exploratrice, qui donna issue à du pus inodore, verdâtre, bien lié, provenant d'une cavité ganglionnaire suppurée. D'où le diagnostic de lymphadénome, variété de tumeur assez rare, qui peut se confondre avec les abcès, car l'adénite inflammatoire aurait déterminé des douleurs qui ne s'étaient pas présentées. De là l'indication, pour le professeur Trélat, d'extirper cette tumeur, assez bien limitée. En attendant, des lavages iodés ont été faits à l'intérieur, pendant un temps prolongé, pour en déterminer définitivement la nature. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

U

ULCÈRES. *Emploi topique du sous-carbonate de fer.* C'est le safran de Mars apéritif des anciens, dont l'application locale vient d'être faite avec grand avantage sur les ulcères superficiels de toute nature, à l'hôpital Saint-Louis, par MM. Vidal et Le Dentu. Les plaies ulcéreuses en seraient même justiciables, avec beaucoup plus de succès pour leur cicatrisation que l'iodoforme, dont l'odeur infecte suffit à exclure. Sur 16 observations recueillies par le docteur Zartarian, aucun malade n'a résisté, et la guérison a été complète en dix à vingt

jours, quarante au plus tard. En voici le mode d'emploi : Après avoir lotionné la surface de l'ulcère avec une décoction de feuilles de noyer, on saupoudre d'une couche plus ou moins épaisse de sel ferreux, et l'on recouvre d'un cataplasme de fécule à nu, bien maintenu par une bande roulée.

L'action siccative et excitante de cette poudre, ses propriétés astringentes et styptiques, et le dégagement d'électricité qui s'en opère, concourent sans doute à la cicatrisation rapide de la plaie, à condition, bien entendu, que l'ulcération ne soit pas déterminée par des altérations trophonévrotiques, comme il s'en rencontre dans les ulcères variqueux en particulier. (*Du traitement des ulcères par le sous-carbonate de fer*, thèse inaugurale, Paris, août 1881.)

Scarifications linéaires. Elles sont indispensables à tout autre traitement topique, dans les ulcères à bords durs, rouges, élevés et coupés à pic. Des lupus profondément ulcérés, à surface granuleuse et baignés d'une suppuration abondante, en ont été ainsi rapidement modifiés par le docteur Squire, comme nous l'avons observé, d'après Dolbeau, dans les ulcères des jambes, rebelles à tous les topiques liquides et solides, même les bandelettes de diachylum, qui restaient inefficaces auparavant. (*British med. journ.*)

Ulcères variqueux des jambes. *Lésions nerveuses et vasculaires.* Avec la précision que l'on prétend mettre dans tous les faits morbides, les varices des membres ne sauraient plus suffire à en expliquer l'ulcération, puisque ces ulcères ne s'observent pas toujours avec un état variqueux très marqué, tandis qu'ils se manifestent avec des varices peu apparentes. N'admettant plus, comme autrefois, les causes apparentes, banales, comme les professions, la station debout, l'humidité, le traumatisme, sans compter les causes spécifiques : la scrofule, l'herpétisme, la syphilis, pour expliquer ces différences, l'Ecole actuelle a voulu savoir s'il n'en existait pas de plus cachées et secrètes, et elle a mis ses moyens physiques d'investigation en œuvre. Des

troubles constants de la sensibilité au froid et au chaud, aussi bien que de la température, ont ainsi été constatés, par le docteur Terrier, avant l'apparition de l'ulcère dans les parties mêmes où il doit se développer. D'où la conclusion prématurée que ces troubles étant d'origine nerveuse, l'ulcère variqueux n'est qu'un effet trophique.

En vue de vérifier cette nouvelle théorie, le docteur Quenu a entrepris une série de recherches anatomo-histologiques sur les membres de six cadavres portant des ulcères variqueux, dont il donne la relation *in extenso*. Dans tous ces cas, il a constaté des altérations nerveuses, variant depuis la simple dilatation des vaisseaux, avec hypertrophie peu considérable du tissu conjonctif péri-fasciculaire, jusqu'à l'étouffement du tissu nerveux par une sclérose à la fois extra et intra-fasciculaire, avec formation d'un véritable tissu caverneux dans l'épaisseur du cordon nerveux.

Le premier degré de ces lésions est une augmentation de volume du nerf saphène interne par la dilatation des veinules qu'il renferme, avec formation de tissu conjonctif s'interposant entre les faisceaux primitifs du nerf et les écartant. D'où le défaut de parallélisme des faisceaux par l'accumulation de cellules adipeuses, et l'épaississement du périnèvre. Le nerf double et triple ainsi de volume, au point d'acquérir jusqu'à celui du sciatique. La lésion habituelle est donc une névrite purement interstitielle, chronique, ordinairement péri-fasciculaire. Les artères environnantes offrent les altérations de l'artérite, avec infiltrations calcaires des parois. Le derme de la peau est sclérosé, avec dégénérescence fibreuse des papilles et des fibres musculaires, prolifération des noyaux du sarcolème.

Ces altérations, constatées dans une région éloignée de l'ulcère, ne paraissant pas dues à une névrite ascendante, l'auteur les croit antérieures à l'ulcère. Elles en seraient même la cause déterminante, par une périphlébite de la veine tibiale postérieure, se propageant au nerf comme il l'a observé. L'état variqueux des veinules des nerfs suffirait d'ailleurs à l'expliquer. C'est ainsi que les ulcères variqueux sont considérés comme

des lésions trophiques, primitives, d'origine nerveuse; la station debout, l'humidité et les autres causes ne seraient que secondaires. (*Revue de chir.*, novembre.)

La guérison spontanée et rapide de ces ulcères par le repos, les scarifications, le sous-carbonate de fer, l'occlusion sous les bandelettes de diachylum et tant d'autres moyens, ne pouvant modifier si promptement des altérations aussi profondes, nous semblent infirmer la conclusion de ces recherches histologiques et microscopiques. Si elles expliquent mieux les récidives fréquentes de ces ulcères, sous l'influence des mêmes causes, leur cicatrisation nouvelle contre-indique la persistance des lésions interstitielles des nerfs.

Ulcère simple de l'estomac. *Poudre de lait.* En se dégoûtant du régime lacté, ou en ne pouvant s'y soumettre, les malades empêchent souvent la cicatrisation de cet ulcère rond et sa guérison. Le docteur Debove a obvié à cette difficulté, en faisant évaporer jusqu'à siccité du lait écrémé et en le réduisant en poudre. Dissoute dans du lait chaud ordinaire, elle peut être administrée en petite quantité avec la sonde œsophagienne, que les malades introduisent eux-mêmes. 120 grammes de cette poudre équivalant à un litre de lait, une faible quantité peut suffire à l'alimentation, et elle est d'autant plus facilement digérée qu'elle ne contient pas de crème. (*Soc. de thérapeutique.*)

V

VACCIN ET VACCINE. La découverte d'une éruption spontanée de cowpox, faite au hameau de Laforêt (Gironde), le 26 novembre 1881, sur une vache de onze ans, de race garonnaise, par la présence de pustules varioliques sur les mains, la face et le cou du paysan qui la trayait, ne pouvait manquer d'avoir son retentissement à Paris. M. Dubreuil, de Bordeaux, en procédant à la récolte et à l'essai de ce nouveau vaccin animal naturel, a inoculé quatre génisses, dont une a été envoyée à l'Académie de médecine. Elle a été reçue avec

reconnaissance et installée avec tout le confortable possible, comme une source précieuse d'un nouveau vaccin pur, destiné à régénérer le vaccin que ce corps savant distribue généreusement à la France entière.

Des enfants et d'autres génisses ont été successivement inoculés avec ce vaccin, par M. Hervieux, et les résultats ont été aussi satisfaisants sur les uns que sur les autres. Tous les enfants, inoculés par huit piqûres, ont offert une moyenne de cinq boutons. Un enfant de cinq ans, qui s'était montré réfractaire à trois inoculations précédentes, a offert six belles pustules. Un nouveau-né ictérique et en état de cachexie s'est seul montré réfractaire; il est mort peu de jours après. Les pustules ont égalé les piqûres chez les génisses, jusqu'à 84 chez l'une d'elles. Ces résultats témoignent de l'activité énergique du nouveau virus, ce qui permettra de le comparer avec les autres vaccins dans ses caractères microscopiques et la vitalité de ses microbes. (*Acad. de méd.*, janvier.)

Microbe du cowpox. Des pustules vaccinales du veau, excisées chaque jour par le docteur Straus, à partir de l'inoculation jusqu'à l'évolution complète de la pustule, soit pendant huit jours consécutifs, lui ont permis d'en suivre toutes les phases. Les fragments excisés, placés immédiatement dans l'alcool absolu, étaient divisés en minces couches après durcissement, colorés d'abord par le violet de méthylamine et décolorés ensuite en laissant les éléments figurés intacts. La présence du micrococcus spécial de la vaccine est devenue par là d'une constatation nette et facile, ainsi que les noyaux des cellules et les bactéries.

Ces micrococcus apparaissent, à un fort grossissement, sous forme de points extrêmement petits, parfaitement circulaires, identiques les uns aux autres, mesurant à peine 1000e de millimètre, nettement colorés en bleu et tranchant par là sur le fond décoloré de la préparation. Ils occupent, en colonies, les lèvres de la plaie d'inoculation, en s'engageant d'abord dans la couche de Malpighi, et s'insinuent ensuite dans le derme sous-jacent et surtout les fentes lymphatiques.

La preuve anatomique de ces organismes dans la pustule vaccinale est rendue évidente par les préparations résultant de ces études et montrant la marche parallèle de la multiplication et l'invasion locale du microbe avec le développement de la pustule vaccinale. Il n'est donc plus permis de mettre son existence en doute, après cette exhibition. Elle complète heureusement toutes les tentatives précédentes, faites jusqu'ici dans ce but. (*Soc. de biol.*, 29 juillet.)

Contre-indication de l'eczéma. Une enfant de cinq ans, ayant un eczéma en décroissance, fut vaccinée par M. Guéniot. Le septième jour, une éruption généralisée se manifesta, en se développant comme les boutons primitifs, mais plus rapidement sur les bras, les épaules et le cou. Un moment, l'état fut très critique, et l'auteur conclut cependant que ce fait ne constitue pas une contre-indication à la vaccine, en la pratiquant sur la face antérieure des jambes, que l'eczéma n'atteint pas.

Mais en rencontrant, dans le dossier des vaccinations de cette année, une douzaine de cas semblables, M. Blot admet comme préférable de surseoir, car, si les éruptions vaccinales n'ont jamais tué personne, d'après M. Hervieux, et s'il a pu vacciner plusieurs eczémateux avec succès, on peut répondre qu'il y a peu de danger à attendre et qu'il est possible d'en faire naître un bien plus grave en vaccinant avec cette éruption. (*Acad. de méd.*, mai.)

Vaccin et syphilis. Sur 471 vaccinations d'enfants de deux mois à deux ans, en Algérie, dont 454 arabes et 12 israélites indigènes, le docteur Polin a obtenu 410 succès, et 61 insuccès sur 50 arabes, 10 israélites et 1 Européen. Or, parmi eux, 48 portaient des traces évidentes d'accidents syphilitiques, eux ou leurs parents. Au contraire, tous les vaccinés avec succès en étaient exempts.

Malgré l'expérience faite du succès de la vaccine chez des syphilitiques, puisque ceux-ci ont transmis la syphilis, l'auteur infère de ces résultats que l'insuccès du vaccin pourrait bien être dû à la syphilis en puissance. Le

grand nombre de revaccinations infructueuses par cette cause est même incriminé. Devant la fréquence de la syphilis chez les arabes, n'était-il pas plus rationnel de ne voir là qu'une simple coïncidence. (*Gaz. hebdomad.*, n° 19.)

VARICOCÈLE. Telle est sa fréquence en Angleterre, que sur 331 568 hommes examinés au recrutement, pendant les dix années incluses de 1869 à 1878, 5 312 en furent trouvés atteints, soit une proportion moyenne de plus de 16 pour 1 000.

De là l'importance d'un traitement radical et sans danger de cette infirmité. Le docteur R. Harrison, chirurgien de l'infirmerie de Liverpool, emploie avec succès, depuis plusieurs années, le suivant : Mettant le cordon à nu par une incision d'un pouce de long, il en sépare les veines ordinairement variqueuses. Une ligature au catgut est placée séparément en deux endroits ; ordinairement, trois ou quatre veines sont liées. Les plexus contigus à l'épididyme sont ainsi oblitérés, ou bien ils sont détruits avec de légères cautérisations au thermo-cautère, avec le soin de protéger les vaisseaux déférents. L'opération étant faite antiseptiquement, la plaie est laissée sans suture et se cicatrise par granulation. Aucune récidive ne s'est manifestée dans les cas opérés. C'est donc là un procédé qui peut être suivi facilement. (*Lancet*, 25 mars.)

Ce traitement paraît préférable à la résection du scrotum, employée par les docteurs Henry (de New-York) et Lewis (de Philadelphie). On sait combien les plaies du scrotum se cicatrisent difficilement ; l'érysipèle est toujours à redouter, et le varicocèle récidive le plus souvent par cette méthode.

VARIOLE. *Influence de la vaccine.* Elle est rendue manifeste par la comparaison de la fréquence et la mortalité de la variole entre les deux armées voisines : française et allemande. En France, on enregistre chaque année, d'après M. Zuber, environ 2 000 cas de variole, donnant 200 décès, soit le 10e. On n'en relève au contraire que 85 cas annuels dans l'armée allemande, de

1873 à 1878, sans un seul décès. En 1879, il n'y en a eu que 13 cas avec guérison. Cette différence tient évidemment à ce que les vaccinations et revaccinations sont renouvelées avec soin et jusqu'à cinq ou six fois dans celle-ci. La preuve, c'est que dans la population civile allemande, où ces précautions ne sont pas prises, la variole sévit avec la même intensité qu'en France. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 10 février.)

Les ravages de la variole sur les populations de la Cochinchine, chez les Pampas et toutes les peuplades sauvages, comme chez les peuples peu avancés en civilisation, sont un autre témoignage en faveur de la vaccine, d'autant que cette mortalité diminue dans les possessions françaises depuis qu'on en fait profiter les habitants. De même au Cambodge où les Européens guérissent de la variole, tandis que les indigènes en meurent invariablement. Si l'immunité est plus grande parmi les arabes, c'est parce qu'ils s'inoculent la variole bénigne, au lobule de l'oreille, comme les Chinois, alors que les nègres qui ne s'inoculent pas meurent tous. (*Congrès de La Rochelle.*)

Pronostic d'après les cicatrices. Il se confirme de plus en plus que la préservation est proportionnée au nombre et à la légitimité des pustules et que le pronostic de la variole après vaccination peut se tirer de ces caractères, d'après les cicatrices. Le docteur Andrieux a corroboré cette proposition par les résultats obtenus sur 1 800 varioleux de son service, à l'hôpital Saint-Louis. 71, ayant plus de trois cicatrices légitimes, n'ont donné que 3 décès, soit 4,2 pour 100 ; 98, ne présentant que trois cicatrices légitimes, ont donné 12 décès, c'est-à-dire 12,2 pour 100.

Les cicatrices superficielles, en indiquant que les pustules n'ont pas été bien ombiliquées, offrent encore moins de garanties. Ainsi 143 varioleux, présentant plus de trois cicatrices superficielles, ont donné 29 décès, soit 20,27 pour 100, et 133, n'en offrant que trois ou moins, ont donné 29 décès ou 23,30 pour 100.

La multiplicité des cicatrices et leur aspect légitime sont donc des garanties efficaces, non seulement contre

la variole, mais contre le danger de mort en résultant. Cinq ou six belles cicatrices ne sont presque jamais suivies de léthalité. Sauf chez les enfants atteints d'eczéma, il est donc préférable de faire six à huit piqûres. (*Soc. méd. des hôpitaux.*)

Salicylate de soude. Chez trois vaccinés en période d'éruption confluente à la face, le docteur Baudon a fait oindre trois fois par jour le visage avec la pommade suivante :

℞ Coldcream................................	100 grammes.
Salicylate de soude....................	4 —

On saupoudrait ensuite avec un mélange de 6 parties d'acide salicylique pour 100 de talc. Les pustules ont aussitôt cessé d'augmenter, en s'affaissant ensuite, sans pus ni odeur; tandis que les mains et les avant-bras, n'ayant pas reçu ce traitement, ont suppuré. (*Bull. de thérap.*, mai.)

Médication éthérée opiacée. Le supplément d'information demandé sur ce sujet a été fait par le docteur Dreyfus-Brisac, dans le même service où ce traitement avait été inauguré par M. Ducastel. (Voy. *année* 1881.) Il l'a appliqué dans toutes ses prescriptions, moins la potion au perchlorure de fer, chez les varioleux non vaccinés ou avec éruption cohérente, chez ceux qui l'étaient ou qui se trouvaient dans des conditions d'alcoolisme, de gestation ou de puerpéralité, comme les plus menacés. Toutes les varioles bénignes en ont été écartées.

Sauf quelques vomissements chez les femmes enceintes, le traitement interne ne donne lieu à aucun accident et est très bien supporté. L'appétit renaît, et les fonctions digestives se rétablissent dès le début de la dessiccation des pustules, qui est l'effet le plus apparent. Il peut être ainsi employé dès le début de l'éruption, jusqu'à la dessiccation, sans que les phénomènes généraux, comme la fièvre, en soient modifiés; l'effet de l'opium se manifeste seul sur l'ataxie et le délire, et les cas graves de variole hémorrhagique n'en ont reçu aucune influence favorable. Ce n'est donc pas un antidote

du poison variolique ; l'exanthème seul en est profondément modifié, quand ce traitement est institué dès le début.

Sous son influence, l'éruption avorte pour ainsi dire. Les papules se raccornissent, se flétrissent et se dessèchent généralement, sans passer par l'état vésiculeux, puis pustuleux. Cette rareté des pustules diminue la fièvre de suppuration peu abondante, et la température ne dépasse guère 39°. Les croûtes sont plus petites, plus sèches et l'aspect de la face moins hideux que dans la variole légitime. La dessiccation se fait d'une manière presque insensible. Les cicatrices sont moins profondes et nombreuses ; mais la peau conserve un aspect brunâtre pendant longtemps. Il s'est même produit, pendant la convalescence, une poussée furonculeuse, chez un grand nombre de malades, italiens surtout, sans que l'on puisse affirmer que ce soit une conséquence de la perturbation apportée par ce traitement à l'évolution de l'exanthème.

L'éruption des muqueuses est aussi moins marquée, et les troubles fonctionnels en résultant, comme la dysphagie, la salivation, en sont très atténués. Cette influence a été rendue surtout évidente par la contre-épreuve des varioloïdes, discrètes au début, contre lesquelles ce traitement n'était pas employé. Quelques-unes, devenues brusquement cohérentes, n'en ont été nullement modifiées par l'emploi tardif du traitement, et le parallèle de ces malades avec ceux traités au début était le meilleur critérium de cette action thérapeutique.

Les accidents locaux résultant des injections d'éther sont le principal impédiment de cette médication. La piqûre cause une douleur vive, quoique supportable, sans que les malades s'y refusent, mais une induration inflammatoire, assez douloureuse, du tissu cellulaire, y succède, surtout dans les varioles noires, avec suffusion hémorrhagique assez étendue. Cette induration persiste parfois jusqu'à la convalescence, et une eschare ou un foyer purulent qu'il faut ouvrir, en sont le résultat. Elles guérissent rapidement, sans que ni suppuration diffuse ni ulcération envahissante aient été observées. (*Gaz. hebdom.*, n° 32.)

Un accident plus redoutable, consécutif à ces injections d'éther, est signalé par le docteur Arnozan, les ayant essayées sur plusieurs varioleux à l'hôpital Pellegrin. Outre la douleur locale qui y succéda, une paralysie des muscles sous-jacents se manifesta d'une manière persistante. Chez une fille de vingt et un ans, atteinte de varioloïde et piquée à la partie moyenne et postérieure de l'avant-bras gauche, une paralysie des trois derniers doigts se manifesta dès le lendemain, par le défaut d'extension, qui persista six semaines. La diminution de l'excitabilité faradique fit employer les courants galvaniques, qui rétablirent rapidement les mouvements. (*Journal de méd. de Bordeaux* et *Archiv. de méd.*, novembre.)

Variole hémorrhagique. Son étiologie serait, d'après le docteur Petit, dans un mauvais état général des malades. La grossesse et l'état puerpéral en sont ainsi des causes bien connues, comme l'alcoolisme. Les ivrognes y sont fatalement prédisposés.

A l'autopsie des Esquimaux qui ont succombé à cette variole grave, le docteur Andrieux a trouvé un foie énorme, un cœur graisseux et de l'anémie. Mais, au lieu d'avoir été les effets de la maladie, ces lésions, préexistantes probablement, ont été la cause de sa gravité mortelle, suivant cette nouvelle doctrine que le professeur Verneuil appuie de son autorité. (*Congrès de La Rochelle.*)

Il est remarquable que la médication éthérée opiacée est restée inefficace dans tous les cas malins évoluant chez des alcooliques, des cachectiques, des femmes enceintes ou récemment accouchées. Sur 7 cas de variole noire, observés dans le service des varioleux de l'hôpital Saint-Antoine, par le docteur Dreyfus-Brisac, tous furent mortels, malgré l'emploi de cette médication, par les hémorrhagies et surtout les complications pulmonaires. Une seule exception se présenta chez une jeune femme prise d'œdème de la glotte ayant nécessité la trachéotomie. (*Gaz. hebdom.*, n° 32.)

VÉSICATOIRES. L'absorption de la cantharidine, démontrée par la cystite qu'elle produit, est la preuve ex-

périmentale que ce redoutable poison passe par les reins et peut laisser sur ces filtres si délicats des lésions préjudiciables à leur fonctionnement ultérieur. De là le danger des vésicatoires et l'indication d'en mesurer autant que possible les applications, l'étendue et la durée, surtout chez les enfants. Une discussion provoquée à ce sujet par M. Dujardin-Beaumetz a montré que le plus sûr moyen de prévenir ces redoutables effets du cantharidisme sur les reins est non pas de saupoudrer les vésicatoires de camphre ou de poudres alcalines, mais de les laisser appliqués le moins longtemps possible, soit quatre à cinq heures seulement, au lieu de dix à douze, comme on le fait ordinairement. Une simple rougeur de la peau existe alors; mais, en appliquant dessus un cataplasme pendant trois ou quatre heures, l'ampoule est parfaitement levée ensuite, sans que l'absorption de la cantharidine puisse être aussi intense.

Le papier de soie huilé, interposé par beaucoup de praticiens entre le vésicatoire et la peau, pour en empêcher l'absorption, n'est pas un obstacle infranchissable, surtout avec les vésicatoires mous. L'albuminurie cantharidienne ne s'en manifeste pas moins, surtout chez les enfants. Certaines idiosyncrasies, les névropathes notamment, sont aussi particulièrement exposées au cantharidisme. Il faut donc s'informer des effets éprouvés des vésicatoires précédents pour régler sa conduite.

L'intégrité de l'épiderme, si difficile à conserver, en est le meilleur préventif. On a d'autant plus de chance de l'obtenir que le vésicatoire reste moins longtemps en place. Ne le laisser que cinq heures et le remplacer par un cataplasme est donc la meilleure méthode pour éviter cet accident. Dès que l'épiderme commence à friser, la révulsion est suffisante. Des boissons délayantes, additionnées de carbonate de soude, bues en abondance pendant cette application, en favorisant la diurèse, préviendront surtout les effets du cantharidisme sur les reins. (*Journ. de thérap.*, avril, nº 8.)

L'*essence de térébenthine* peut les remplacer chez les jeunes enfants, surtout en présence du danger de la cystite ou la contre-indication d'une néphrite, comme

dans la scarlatine. Il suffit d'en imbiber un plumasseau d'étoupe, une rondelle de linge ou de papier, auxquels on met le feu, pour obtenir une vésication extemporanée. Un mélange à parties égales d'alcool et de térébenthine est encore plus inflammable.

Une simple dérivation ou révulsion de la peau contre une douleur locale est d'ailleurs obtenue en imbibant d'essence de térébenthine une compresse de flanelle de la grandeur d'une feuille de papier à lettres. Essorée, cette compresse est placée sur la région douloureuse, dit M. C. Paul, et on la recouvre aussitôt d'un tissu imperméable : taffetas gommé, toile caoutchoutée ou taffetas chiffon, pour empêcher l'évaporation. Une sensation de fraîcheur en résulte immédiatement sur la peau, avec abaissement d'un degré de température; une chaleur légère y succède, qui devient de plus en plus forte, tellement qu'en enlevant la compresse une demi-heure après, la peau se trouve d'un rouge vif, très hyperémiée et très sensible. Quand la peau est infiltrée ou que l'application s'est prolongée plus d'une heure, on trouve même des traces de vésication sous forme de miliaire plus ou moins confluente.

On combat efficacement, par ce moyen simple, les affections douloureuses superficielles et résolutives appartenant au rhumatisme, comme le lumbago, le torticolis, la pleurodynie, les névralgies, la sciatique surtout. (*Soc. de thérap.*)

VESSIE. *Exploration digitale.* L'expérience de la lithotomie dans ses diverses formes et l'exploration interne de la vessie avec l'index ont conduit sir H. Thompson, dans ces dernières années, à pratiquer une incision périnéale pour s'assurer, dans les cas douteux, de l'état intérieur de la vessie. Après l'avoir remplie préalablement de liquide, il pratique une incision n'intéressant que l'urèthre, sans toucher à la vessie ni la prostate. En plaçant l'extrémité de l'index gauche dans le col, l'opérateur peut explorer avec la main droite toute la partie supérieure et latérale de la vessie pleine, d'autant plus facilement que les muscles sont mis dans le relâchement par l'anesthésie. Il peut ainsi percevoir, avec l'index gauche

appliqué sur le col et des pressions sus-pubiennes combinées de la main, l'état interne de la vessie, à moins que le patient soit très gras. Chaque partie de la paroi interne est examinée aisément, quand le patient est maigre. Autrement, les mains d'un aide sont parfois nécessaires.

Le cathétérisme et l'examen rectal peuvent encore rendre cette exploration plus complète et suffisent dans la majorité des cas à assurer le diagnostic, sans grand risque, comme le prouvent les résultats de l'uréthrotomie externe pratiquée par Syme et assimilable à cette nouvelle incision exploratrice. Quinze cas d'incision externe de l'urèthre, sur un conducteur, sans accidents contre les rétrécissements, sont aussi des garanties qu'elle peut être tentée sans danger. Depuis la première exploration faite ainsi, en 1880, l'auteur de cette nouvelle opération l'a renouvelée dans quatre cas qu'il relate et avec un égal succès. (*Lancet*, 6 mai.)

Cette exploration a été faite avec succès, le 11 mai dernier, sur un laboureur de soixante-cinq ans qui depuis longtemps souffrait de la vessie avec envies fréquentes d'uriner, augmentées par l'exercice et donnant lieu à des urines sanguinolentes parfois. Aucun calcul n'ayant été rencontré à son entrée à l'hôpital de Charing-Cross, et M. Morgan ayant eu la sensation d'une masse molle, siégeant à la partie postérieure de la vessie, sans que le toucher rectal en pût éclairer la nature, un lavage préalable de la vessie ne donna à l'expulsion qu'une grande quantité de fibrine décolorée, avec du sang pur, sans cellules épithéliales.

Le malade fut éthérisé, et, un cathéter étant introduit, on le plaça dans la position de la taille. Une incision médiane de la peau du périnée, un peu au-dessus de l'anus, permit d'introduire un lithotome incisant l'urèthre sur la sonde dans une étendue de trois quarts de pouce. L'index gauche, aidé par la pression de la main droite sur le ventre, put ainsi explorer l'intérieur de la vessie, qui fut trouvée remplie de saillies veloutées sur la paroi postérieure et généralement disséminées ; mais une masse pédiculée s'en distinguait par son volume. Elle fut aisément saisie entre les branches d'un lithotriteur et extirpée. Peu de sang s'écoula, et, une grosse

sonde étant introduite et fixée, l'opéré eut une bonne nuit et put se passer de la sonde dès le lendemain, malgré un peu de fièvre. Dès le sixième jour, il n'urinait plus que toutes les deux à trois heures.

La tumeur enlevée, semblable à une aveline, consistait en un pédicule court, duquel s'éparpillaient d'innombrables branchettes, se subdivisant en de petites prolongations villeuses. A la base existait de petits vaisseaux, et des fragments d'épithélium squameux les recouvraient.

L'opéré quitta l'hôpital le quinzième jour, se trouvant assez bien; mais les urines sont redevenues sanguinolentes peu de temps après et l'émission aussi fréquente qu'avant l'opération. (*Idem*, 16 septembre.)

L'absence de brides cicatricielles à la suite de l'uréthrotomie externe, signalée par Reybard et démontrée par M. Horteloup sur l'urèthre d'un opéré trois ans avant sa mort, plaide encore en faveur de cette incision exploratrice. (*Soc. de chir.*, juin.)

Expansion et adhérences. Un développement considérable de cet organe paraît devoir se faire dans certains cas, sous l'influence de l'évolution des kystes de l'ovaire. Son expansion sur ces kystes, sous forme d'une masse épaisse et adhérente empêchant l'écartement, le retrait des parois abdominales incisées, s'est ainsi rencontrée dans plusieurs ovariotomies, dont elle constitue une des plus graves complications. La mort en a été la conséquence, par la blessure ou l'incision de la vessie, sauf dans le dernier exemple, où les parois de cet organe ont été comprises dans la suture des parois abdominales. (Voy. OVARIOTOMIE.)

Soit que cette dilatation résulte des troubles de la miction ou de la rétention d'urine, soit que l'inflammation de ses parois en détermine l'adhérence aux kystes, il est constant que cet accident s'est aussi rencontré avec les tumeurs fibro-cystiques et cancéreuses de l'utérus, prises pour des kystes de l'ovaire. La blessure de la vessie en a été ainsi la conséquence, et la mort s'en est suivie dans plusieurs cas. Le cathétérisme de cet organe, pour en vérifier la capacité et l'étendue, semble

donc une précaution utile avant de pratiquer l'ovariotomie, dans les cas suspects ou douteux. Plusieurs succès récents, obtenus contre ces blessures de la vessie, en témoignant de la facilité de réunion des plaies, sont un encouragement à la tenter avec les précautions antiseptiques.

Fongosités. Un exemple rare et très instructif en est relaté par le docteur Atlee, de Philadelphie, montrant que la simplicité et l'innocuité du procédé opératoire, pour leur énucléation chez la femme, ne doivent pas arrêter le chirurgien pour mettre un terme à de longues et vives souffrances. Une fille de dix-neuf ans éprouvait depuis son enfance de douleurs en urinant. A dix-sept ans, les douleurs augmentèrent, surtout pendant la miction et après, quoique l'urine, très odorante, fût claire et sans sédiment, avec envies fréquentes. Elle maigrit, pâlit et s'émacia. Un an après, du pus et parfois du sang teintait les urines. Elle fut réduite à garder le lit; mais les bons soins qu'elle recevait améliorèrent momentanément ses souffrances jusqu'au mois de septembre 1880, où elle consulta le docteur Atlee pour des épreintes vésicales, qui l'obligeaient d'uriner toutes les demi-heures, avec hématurie.

L'examen montra des globules de pus, des fragments épithéliaux et des cristaux phosphatiques, avec des globules sanguins en abondance. Le sang était rouge, clair, montrant que le contact de l'urine avec les globules n'avait pas le temps d'altérer l'hémoglobine. Un corps étranger dans la vessie parut dès lors probable, et, l'urèthre ayant été dilaté avec une pince ordinaire pendant l'anesthésie, l'index fut introduit sans rencontrer ni calculs ni tumeur. Il ne se trouva vers le fond que des fongosités, des saillies molles de la muqueuse, dont quelques-unes avaient plus d'un demi-pouce de long et une ligne environ d'épaisseur. Elles furent aussitôt soigneusement grattées avec le doigt et l'ongle au besoin, et de cette simple opération résulta la guérison complète de cette malade, sans que depuis aucune trace de récidive ait apparu jusqu'en mars 1882.

Ces fongosités ne ressemblaient pas à de petits che-

veux, comme les villosités rencontrées dans certains cas (Voy. *année* 1881), mais à ces saillies muqueuses extraites de l'utérus avec la curette et déterminant des hémorrhagies. Leur structure anatomique était identique à celle de la muqueuse qui leur donne naissance, comme de simples excroissances. Elles se composent de matière granuleuse amorphe, de tissu cellulaire rare et d'éléments fibro-plastiques, avec des capillaires, en grand nombre, se ramifiant entre eux, et dont quelques-uns sont couverts d'épithélium homologue au tissu connectif sous-jacent. (*Transact. of the College of physicians of Philadelphie*, et *Boston med. and surg. journal*, n° 13.)

Chez l'homme, la cystotomie exploratrice conduirait évidemment au même résultat, comme l'exemple d'excroissance villeuse rapporté l'année dernière en offre la preuve.

Ruptures. Une collection unique de 225 cas, dont 4 personnels, en est relatée par un chirurgien de *London hospital*, W. Rivington, qui les divise en :

Intrapéritonéales simples	105
Intrapéritonéales compliquées	24
Extrapéritonéales simples et compliquées	60
Intra-utérines du fœtus	5
Guérisons obtenues	25
Siège incertain	6

Sur les 181 cas dont le sexe est indiqué, il y avait 159 hommes et 22 femmes, et sur les 141 cas dont l'âge est connu, il n'y avait que 5 enfants au-dessous de 5 ans, et 12 adultes au-dessous de 20; 36 de 20 à 30, et 46 de 30 à 40 ans. Les particularités de tous ces faits sont ainsi minutieusement analysées et forment un répertoire très intéressant à ce sujet. (*Lancet*, juin.)

Lavages avec le siphon. Ce nouveau procédé, imaginé par M. Vandenabeele, n'est que la suite des tentatives répétées, depuis le commencement de ce siècle, pour faire parvenir directement des liquides dans la vessie, sans le secours de la sonde. Les injections direc-

tes ont d'abord été tentées sans succès, et parfois même avec dommage par la force employée. On s'est servi ensuite de récipients, avec tube en guise d'entonnoir, pour faire parvenir le liquide par son propre poids et la pression de l'air, sans résultats plus satisfaisants. On a même imité la vessie, en adaptant à une sonde en gomme élastique un ballon en caoutchouc rempli de liquide qu'il suffisait de comprimer avec la main pour introduire celui-ci. Mais les contractions du canal sont souvent plus énergiques que toutes ces tentatives, le liquide reflue à l'extérieur, et la force employée pour le vaincre est souvent plus préjudiciable qu'utile aux malades.

Devant tous ces inconvénients, le siphon proposé apparaît comme un perfectionnement. Il consiste en un litre de verre ordinaire, servant de récipient au liquide. Il est fermé d'un bouchon en caoutchouc traversé par deux tubulures. A l'une s'adapte un long tube de trois mètres, muni d'une canule olivaire à son extrémité, que l'on introduit dans le méat urinaire. Ainsi armé, il suffit de souffler dans le petit tube adapté à l'autre tubulure du bouchon pour que le liquide, contenu dans la bouteille, parvienne dans le tube uréthral et de là dans la vessie.

De l'eau chaude ou froide, ou tout autre liquide médicamenteux, pourrait être aussi introduit dans le canal de l'urèthre et la vessie, à l'exclusion de la sonde, dont le passage et la présence ont de graves inconvénients dans certains cas. La vessie pourrait être ainsi lavée à volonté, et l'on parle même de lever certains rétrécissements de l'urèthre par ce simple procédé. Des guérisons sont déjà rapportées à l'appui ; mais on se demande de quelle nature étaient ces rétrécissements, que l'eau filtrant goutte à goutte a suffi à dilater ? Spasmodiques probablement. (*Journ. de thérapeutique*, nos 6 à 9.)

Ces premiers essais ne sont donc pas concluants. Ce n'est pas avec des citations ni des phrases que l'on démontre la valeur d'un tel procédé, mais par des faits nombreux et probants, reconnus et constatés par des spécialistes autorisés.

Un procédé plus simple a été mis en usage par le docteur Taillefer, d'après l'emploi qu'il en faisait pour

le lavage de l'estomac. Après avoir vidé la vessie avec la sonde ordinaire, il abouche sur son orifice extérieur l'extrémité d'un tube en caoutchouc, de 60 centimètres de long environ. Il y adapte un entonnoir qui se trouve facilement dans tous les ménages. Rempli de liquide en le tenant au-dessous du niveau de la vessie, il suffit de l'élever au-dessus pour faire pénétrer le liquide. Par son abaissement, on fait passer un courant continu de liquide dans la vessie, en supprimant l'arsenal embarrassant de la seringue et des sondes, et l'on évite de même l'ébranlement que le bec de la seringue communique aux parois de la vessie. C'est le plus grand avantage de ce procédé. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, art. 11903.)

Du cancer de la vessie, thèse inaugurale, par le docteur Féré. Paris, 1881. En traitant du cancer primitif plutôt que du cancer secondaire, cette monographie est unique en son genre. Aussi a-t-elle été récompensée du prix Civiale, par la Société de chirurgie.

VIOL *sous l'influence magnétique*. La facilité de réaliser le sommeil et l'insensibilité hypnotique chez certaines femmes nerveuses, les hystériques en particulier, démontrée par les expériences publiques de MM. Charcot et Sizaret (Voy. HYPNOTISME, HYSTÉRIE), paraît devoir soulever cette nouvelle question de médecine légale. Nouvelle n'est pas précisément le mot, puisque deux exemples, remontant à 1858 et 1865, en sont déjà relatés par Tardieu, dans son *Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs* (7e édition, page 89, Paris, 1878). Mais le doute et l'incrédulité existant alors sur les effets du magnétisme et l'ignorance générale de son action réelle sur le système nerveux, en rendant ces faits insolubles, ne pouvaient élucider cette question. Il n'en est plus de même après les exploits récents des fameux magnétiseurs, Hansen en Allemagne et Donato en France, hypnotisant publiquement leurs sujets sur de nombreuses scènes théâtrales et les rendant insensibles à merci à toutes leurs pratiques, paralysant leur volonté et la soumettant à la leur, au point de leur faire

dire et exécuter à discrétion tout ce qu'ils exigent d'eux et de leur faire voir par hallucination et rêve ce qu'ils veulent bien leur suggérer, absolument comme dans le somnambulisme naturel. L'expérience célèbre du docteur Motet, faisant acquitter par la cour d'appel de Paris un accusé d'outrage à la morale publique, en lui faisant répéter, endormi devant le tribunal, tous les actes qui avaient provoqué son arrestation, en est un exemple éclatant. (Voy. SOMNAMBULISME, 1881.) Les faits relatés plus haut sont une nouvelle démonstration scientifique de ces effets surprenants. (Voy. HALLUCINATIONS.)

Toutes ces exhibitions publiques, en vulgarisant la puissance de l'hypnotisme, en montrent aussi les dangers au point de vue moral et sanitaire. Un exemple en a été observé en Suisse, après les représentations publiques données dans le canton de Neuchâtel, pendant l'hiver de 1880-81, par le trop fameux Donato. Une véritable fièvre magnétique s'empara de la jeunesse du pays, et c'est ainsi qu'une jeune fille de Zurich, habitant le canton, étant restée seule un instant, la veille de Noël, avec un jeune homme qui avait l'habitude de la magnétiser, fut violée par lui après qu'il l'eut endormie. Telle fut du moins l'affirmation qu'elle fit au pasteur allemand, en juillet 1881, afin d'obtenir l'autorisation de sa commune de faire ses couches à la Maternité de Berne. Elle y fut reçue en effet et accoucha à la fin de septembre.

C'est alors que le juge d'instruction bernois, ayant eu connaissance de ce fait, ordonna une enquête locale, constituant le docteur Ladame, de Neuchâtel, pour faire un rapport sur les questions suivantes :

1° Le récit de Maria F... doit-il être considéré comme vraisemblable dans ses traits généraux?

2° Le coït a-t-il pu avoir lieu dans les conditions indiquées par elle et sans qu'elle ait pu se rendre compte des attouchements qu'elle subissait?

3° La volonté était-elle complètement paralysée chez cette jeune fille et n'a-t-elle pu opposer à son séducteur aucune résistance?

4° La conception est-elle possible lorsque la femme est dans un état d'insensibilité absolue?

La nouveauté de ce fait en médeeine légale exigeait une grande réserve dans les conclusions. En s'appuyant néanmoins sur celles qui avaient été portées avant lui par d'éminents médecins légistes français, comme Devergie, Tardieu et Brouardel, il admit formellement, eommc eux, qu'une fille peut être violée pendant que sa volonté est abolie par un état de sommeil nerveux ou hypnotique. Sur le récit de la jeune fille qu'elle s'est éveillée à un moment donné, mais qu'endormie de nouveau par son magnétiseur elle n'a pu lui résister, il conelut que rien n'est en contradiction avec les phénomènes connus du sommeil hypnotique. L'insensibilité absolue étant obtenue par ce moyen, il n'est donc pas douteux que le coït puisse avoir lieu sans que la femme s'en rende compte.

Il est aussi affirmatif sur la troisième question, d'après ce fait démontré par de nombreux exemples qu'en fournissant à un sujet endormi le thème d'hallucinations appropriées, un opérateur habile peut, chez eertaines personnes, provoquer des aetions en rapport avee le rêve qui se déroule dans leur imagination surexeitée. L'opérateur a réellement alors le pouvoir de diriger à son gré la volonté du sujet, tandis qu'en réalité il ne dirige qu'une hallucination ; mais l'opérée n'en est pas moins à sa merci.

L'affirmation est encore plus positive sur la dernière question, d'après le fait établi irréfutablement que la seule eondition nécessaire à la féeondation est la reneontre matérielle du sperme et de l'ovule vivant dans l'appareil génital de la femme. D'où cette eonclusion finale que les choses peuvent s'être passées eomme le dit la plaignante ; mais, de ce que le récit est vraisemblable, on ne peut pas forcément conclure à sa véraeité. Dans l'espèce, le tribunal, s'appuyant sur diverses eirconstances révélées par l'instruetion et en particulier sur un alibi invoqué par le magnétiseur, a rejeté la demande de la plaignante. (*Ann. d'hygiène et de méd. légale*, juin.)

C'est là un précédent utile à consulter, car, avee la manie aetuelle d'hypnotiser, il est à craindre que des aeeusations analogues ne se renouvellent, comme le ré-

cent procès Donato en a fourni déjà quelques éléments.

VOMISSEMENTS. *Lavage de l'estomac.* La découverte du tube mou de Faucher et son emploi facile pour le lavage de l'estomac, en conduisant à l'alimentation artificielle des malades qui ne peuvent plus manger par anorexie, dyspepsie ou vomissement, n'étaient que le commencement, l'introduction des nombreuses applications auxquelles cet instrument si simple est destiné. Dès que les vomissements des cancéreux et des phthisiques en étaient modifiés, calmés dans certains cas, c'était une indication de l'employer contre les vomissements incoercibles sans lésion apparente. Le docteur de Cérenville en a démontré les avantages dans les cas suivants :

Un enfant de dix ans, sans affection gastrique ni intestinale, vomissait après ses repas. Un seul lavage à l'eau simple supprima ces vomissements du coup.

Un homme avait des vomissements qui s'accompagnaient d'un état vertigineux assez complexe. Trois ou quatre séances de lavages avec une macération de quassia suffirent à faire disparaître tous les accidents.

Une jeune fille, atteinte d'une affection péri-utérine en voie de guérison, présentait des vomissements répétés, probablement sympathiques de cette affection, comme dans les vomissements de la grossesse. La même méthode réussit aussitôt, alors que, dans ce cas comme dans les autres, des médications variées avaient été employées préalablement en vain. (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1881.)

Il est donc indiqué par ces faits de tenter au moins ce moyen facile contre tous les vomissements, soit avec l'eau simple, soit avec une décoction de quassia amara. Ce lavage avec cette décoction a arrêté des vomissements incoercibles chez plusieurs phthisiques, soit par son action directe, soit en agissant sur le spasme de l'œsophage, qui suffit dans certains cas à provoquer ces vomissements. MM. Debove et Dujardin-Beaumetz les ont ainsi prévenus, chez ces malades, en introduisant directement les aliments dans l'estomac avec le tube de

Faucher. Le recours à cet instrument doit donc toujours avoir lieu pour faire cesser cet obstacle à la nutrition et à la vie.

Ce moyen simple a réussi également contre les vomissements incoercibles des hystériques à la première période. (V. HYSTÉRIE.)

Peut-être réussirait-il de même contre les vomissements incoercibles de la grossesse, lorsqu'ils sont purement nerveux.

Lavements de chloral. Un verre d'infusion de feuilles d'oranger avec un gramme de chloral, ainsi administré, a donné des succès remarquables contre les vomissements nerveux ou ceux de la grossesse. Deux lavements par jour, une heure avant le repas, ont suffi à les faire cesser, chez des femmes enceintes, à l'hôpital Saint-Louis. Chez une femme de vingt-huit ans, dont les vomissements reparaissaient régulièrement tous les mois pendant sa grossesse, le docteur Dussaud y mit fin par ce moyen. Leur efficacité bien constatée contre l'éclampsie puerpérale est une garantie de leur succès en pareil cas. (*Soc. de méd. de Marseille*, in *Marseille méd.*)

Inhalations d'oxygène. C'est à ce nouveau moyen qu'a eu recours le docteur Pinard, chez une femme parvenue au quatrième mois de sa grossesse. Ses vomissements incoercibles avaient résisté à tous les moyens de traitement, lorsqu'en lui faisant inhaler dix litres d'oxygène le premier jour, douze le second et quinze le troisième, les vomissements cessèrent immédiatement. La grossesse suivit son cours sans nouvel accident. (*Gaz. des hôp.*)

FIN

TABLE DES AUTEURS

ETABLISSEMENT
HYDROTHÉRAPIQUE
DE
SAINT-SEINE-L'ABBAYE (Côte-d'Or)

DIRIGÉ PAR M. LE DOCTEUR **Guettet**, OFFICIER DE L'ORDRE DE LA COURONNE DE CHÊNE, MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON ET DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE DIJON. — 36e ANNÉE.

Dans les montagnes de la Côte-d'Or, entre les sources de la Seine et le Val-Suzon, point culminant entre la Manche et la Méditerranée, à 26 kilomètres de Dijon, à 7 heures de Paris par le chemin de fer de Lyon. Stations : Blaisy et Dijon. Abondance et fraîcheur remarquables des eaux, ensemble d'appareils le plus complet, parc ou vaste jardin anglais (4 hect.), salles d'ombrage, magnifiques promenoirs sous la verdure ; gymnase, billard, salon, journaux. Excursions variées sur les montagnes et dans les bois. Pays riche en sites pittoresques et en curiosités naturelles. Bureau télégraphique.

A cet état ancien, adjonction récente de l'*Enclos* et de la *Source des Anglais*. Il faut dire *Etang* (superficie d'un arpent de Paris) ; à l'altitude de 500 mètres, et portant bateau à sa naissance ; étalant en haut de la vallée sa nappe brillante et le pur cristal de ses eaux profondes, aussi froides que limpides. La prairie entoure ce vaste miroir et le borde d'arbres magnifiques, plusieurs fois séculaires. En aval, la chute de ces eaux forme une forte cascade et emplit de grandes piscines à ciel ouvert. Ombrages pour le repos et la promenade. Natation, parties en bateau.

Des sources de l'établissement, l'une, celle de Saint-Marc, est invariable à + 8° ; les autres, suivant les saisons, varient de + 4 à 12°. Ces températures peuvent être, sur indication thérapeutique, élevées par addition de chaleur. Les douches, gouvernées par un mécanisme, varient à volonté de charge et de percussion

Etablissement thermal
DE
PLOMBIÈRES
(*VOSGES*)

L'*action sédative et calmante* des *eaux de Plombières* explique leur succès dans les affections nerveuses, dans les cas où il existe une certaine excitation ou fatigue nerveuse, enfin dans tous les cas où prédomine l'élément douleurs. C'est pourquoi elles sont ordonnées dans les affections douloureuses du tube digestif (*dyspepsie, gastralgie, entéralgie, troubles intestinaux, entérite*, etc.), dans les affections rhumatismales (*rhumatisme musculaire, articulaire, névralgique, et viscéral*), dans le cas de goutte, dans certaines affections de la peau, enfin dans les maladies des femmes (*métrite, névralgie de l'utérus*, etc.).

L'*action tonique et reconstituante* que possèdent les eaux de Plombières employées suivant certains procédés (douches, étuves, massages, etc., emploi des eaux ferrugineuses de la source Bourdeille) vient s'ajouter aux effets sédatifs et compléter le traitement employé contre les affections déjà citées. L'installation des douches, étuves, permet d'exercer une action spéciale sur certains accidents des fonctions utérines (*aménorrhée, dysménorrhée, stérilité*, etc.), des fonctions nerveuses (*paralysies, sciatiques*), enfin contre le cortège des symptômes qui accompagnent la *chloro-anémie*. La présence de l'arséniate de soude explique enfin l'ancienne renommée des eaux de Plombières contre les *cachexies*, les *fièvres*, etc. Aux ressources si multipliées du traitement hydrothermal viennent se joindre les avantages d'une *installation hydrothérapique* remarquablement bien organisée.

La Compagnie vient de créer au centre de la ville un nouveau Bain de 1re classe, **Bain Stanislas**, et de mettre en communication directe les *Étuves romaines* avec des salles de repos et de massage splendides, où le confort et les gradations de température ne laissent rien à désirer.

Trajet direct sans transbordement de Paris à Plombières en 9 heures par le chemin de fer de l'Est (ligne de Belfort); on s'y rend également par la ligne de Nancy.

Un magnifique Casino renferme une salle de spectacle (quatre représentations par semaine), une salle de fêtes, des salons de jeu, de conversation pour les dames, de billards, etc.

Produit des Eaux de Plombières : Eau en boisson, Bains concentrés, Pastilles digestives.

Expédition par la Compagnie elle-même.

L'Établissement est ouvert du 15 mai au 1er octobre.

Le Bain romain reste ouvert toute l'année.

S'adresser pour les renseignements à l'Administration des Thermes, qui s'empressera d'envoyer un guide-prospectus et les renseignements demandés

EAU FERRUGINEUSE ACIDULE D'OREZZA

(CORSE)

THÉRAPEUTIQUE

EFFICACITÉ DES PRÉPARATIONS FERRUGINEUSES

Par le Dr T. GALLARD

MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ

MÉDECIN EN CHEF DE LA COMPAGNIE DU CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

Après avoir traité, avec toute l'autorité de sa haute position médicale, l'emploi des préparations ferrugineuses dans quelques cas de chlorose, le savant praticien ajoute qu'elles sont loin d'être toujours supportées par les malades, et il conclut en ces termes:

« Il faut alors suivre le conseil de Louis et, aux préparations « pharmaceutiques, substituer les eaux minérales ferrugineuses « prises en boisson au moment du repas. Ce sont des agents mé- « dicamenteux que nous ne pouvons employer à l'hôpital, mais « qui, dans la clientèle civile, nous rendent les plus importants « services. L'Eau d'Orezza est celle qui est le mieux supportée « par les malades, *comme aussi par les femmes dont la chlorose* « *est sous la dépendance d'une maladie des organes génitaux in-* » *ternes*. Elle doit cet avantage non pas tant à la quantité de fer « qu'elle contient, et qui dépasse celle de toutes les autres eaux « similaires, qu'à la forte proportion d'acide carbonique libre et « aux bases alcalines qui entrent également dans sa composition. « Ce sont là, en effet, des éléments essentiels qui favorisent sin- « gulièrement le travail de la digestion et rendent ainsi plus « facile l'absorption du véritable principe médicamenteux, qui est « le fer. »

THÉRAPEUTIQUE

Cours de M. Gubler

Les eaux minérales de France...

« Pourquoi allons-nous chercher à l'étranger les eaux ferrugi- « neuses acidules gazeuses, dont nous sommes admirablement « pourvus. La Corse ne fournit-elle pas la première eau de ce « genre, comme richesse en acide carbonique libre et en carbo- « nate de fer. En effet, l'Eau d'Orezza, d'après la belle analyse « de M. Poggiale, ne contient pas moins de 12 centigrammes de « sel ferrugineux par litre, tandis que Pyrmont n'en a guère « que 5 centigrammes, Schwalbach 7 et le Pouhon de Spa 9 seu- « lement. »

Le volume contenant les rapports, analyses et observations médicales est envoyé *franco* sur demande.

ANALYSE DE L'EAU FERRUGINEUSE ACIDULE D'OREZZA
(CORSE)

Extrait du Rapport à l'Académie de médecine, par le Dr POGGIALE

« Il résulte des analyses que 1,000 grammes d'**Eau d'Orezza** contiennent :

Acide carbonique libre ou provenant des bicarbonates	1 litre 248 m.
Air atmosphérique	0 011
Carbonate de chaux	0 gr. 602 m.
— de magnésie	0 074
— de lithine (traces très-sensibles)	» »
— de protoxyde de fer	0 128
— de protoxyde de manganèse (traces très-sensibles)	» »
— de colbalt (traces)	» »
Sulfate de chaux	0 021
Chlorure de potassium	» »
— de sodium	0 006
Alumine / Acide silicique	0 014
— arsénique (traces)	» »
Fluorures (traces)	» »
Matières organiques (traces)	0 004
	0 gr. 849 m.

« On voit que l'**Eau d'Orezza** peut être considérée comme une sorte d'*eau de Seltz ferrugineuse*. Elle est très-remarquable par la proportion élevée d'acide carbonique, de carbonate de fer et de manganèse qu'elle contient. **Parmi les eaux ferrugineuses, aucune ne peut lui être comparée**.

« Les **Eaux d'Orezza** sont particulièrement utiles dans la *chlorose*, les *engorgements des viscères abdominaux*, les *flueurs blanches*, les *affections anciennes du tube digestif*, et généralement **dans** toutes les **maladies** qui proviennent de la faiblesse des organes. »

